Étude post-thérapeutique de malades schizophrènes dans quatre provinces au Canada

Canada

86-06161/

ÉTUDE POST-THÉRAPEUTIQUE DE MALADES SCHIZOPHRÈNES DANS QUATRE PROVINCES AU CANADA

Division de la santé mentale
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Brenda Wattie, Ph.D.,
Directrice
Division de la santé mentale
Santé et Bien-être social Canada

Also available in English under the title:
"A Follow-up Study of Schizophrenic Patients in Four Canadian Provincial Locations"

Publication autorisée par le
ministre de la Santé nationale et du Bien-être social
Février 1986

REMERCIEMENTS

Cette entreprise n'aurait pas vu le jour sans l'encouragement, l'aide, les conseils et la collaboration d'un grand nombre de personnes d'un bout à l'autre du Canada. Nous souhaitons transmettre nos remerciements particuliers aux personnes suivantes :

Les docteurs Henry Kedward, M.R. Eastwood, Stanley Freeman, George Owen, Roger Bland, Mme Cathy Spegg, les docteurs Philip Seeman, Mary Seeman, Mme Judith Sylph, employée à la Mental Health Clinic d'Edmonton et le docteur Alex Richman pour l'aide qu'ils ont apportée à la conception, l'analyse et l'interprétation.

Pour l'aide qu'elles ont apportée à la réalisation de l'enquête, nous souhaitons témoigner notre gratitude aux personnes suivantes :

Les docteurs Maureen Law, John Clayton, Roger Bland, messieurs Aidan Stafford et Edward Benning, les docteurs Hugh Lafave, Ian McDonald, Colin Lipscomb, Carl D'Arcy, monsieur William Jappy, les docteurs Patrick Lynes, David Barnes, Ralph Townsend, Benjamin Doane, Solomon Hirsch, H. Poulos, mesdames Iris Feist et Debbie Woolway, monsieur Gil Bourassa, madame Jane Stewart, madame Elizabeth Dares-Dobbie, monsieur George Bilof, mesdames Patty Herr et Janet McConnell, les médecins oeuvrant à l'échelle locale, les responsables provinciaux et, enfin, les 182 patients qui ont accepté d'être interviewés.

Nous souhaitons témoigner notre gratitude particulière à madame Thérèse Allard qui a dactylographié ce document ainsi qu'aux services de traitement de texte de la Direction générale des services et de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada.

RÉSUMÉ

Après la mise au point des neuroleptiques, qui permettaient d'atténuer considérablement les symptômes de la schizophrénie, un grand nombre de programmes de psychiatrie communautaire et de réinsertion sociale furent mis en oeuvre en Occident.

À l'heure actuelle, on remarque une absence de consensus en ce qui concerne le programme idéal pour les patients; c'est donc en guise de contribution à ce débat complexe que la présente étude a été entreprise à partir des divers modèles qui existent au Canada et qui fournissent un laboratoire naturel.

Dans quatre endroits au Canada, on a cerné des groupes de sujets comparables sur le plan pathologique et on les a interviewés au moins 18 mois après le diagnostic initial de schizophrénie. On a obtenu des informations sur toute une gamme de caractéristiques démographiques et socio-économiques, dont les conditions de vie actuelles, sur les antécédents de soins tels que mentionnés au dossier du patient, et sur l'état actuel du patient, évalué à partir d'un certain nombre de critères relatifs à son fonctionnement.

On a établi des différences entre les systèmes et analysé l'état des malades d'après les types de soins reçus et les caractéristiques des patients. Des résultats supérieurs étaient associés au fait d'appartenir au groupe des femmes ainsi qu'à l'accessibilité du transport et des installations communautaires; la situation matrimoniale présente ou passée ainsi que le type de logement avaient également une incidence. Les variables du traitement qui se rapportaient au maintien actuel dans la communauté étaient en association plus étroite avec les résultats fonctionnels que les variables inhérentes aux soins actifs. Ceux-ci indiquaient que les contacts continus avec le médecin et les services de

santé étaient bénéfiques et l'on en est arrivé à la conclusion que le contrôle des médicaments par le médecin constitue un aspect important du maintien dans la collectivité. On a observé des différences entre les deux sexes, à savoir que les hommes étaient davantage exposés aux difficultés sociales et fonctionnelles que les femmes.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1	Le problème	1
Chapitre 2	Les objectifs de la recherche	12
Chapitre 3	L'étude : méthodes et mesures	13
Chapitre 4	Les résultats	
Partie 1	Sexe et conditions de vie	40
Partie 2	Les soins	49
Partie 3	Mesures de l'issue du traitement d'après l'inventaire interprovincial	69
Partie 4	Échelle d'adaptation sociale de Weissman	88
Partie 5	Comparaisons entre les malades qui ont obtenu des scores extrêmes	91
Partie 6	Analyse de variables par régressions multiples	107
Chapitre 5	Analyse	113
Chapitre 6	Conclusion	129
Annexe A	Critères servant à raffiner l'échantillon de malades	135
Annexe B	Inventaire interprovincial de données	137
Annexe C	Conditions de logement selon le sexe	150
Annexe D	Conditions de logement, par système	156
Annexe E	Éléments du traitement, par système	164
Annexe F	Scores des malades relatifs aux mesures de l'issue	175
Annexe G	Activités et problèmes des malades	181
Annexe H	Corrélations de Pearson entre les mesures de l'issue	184
Annexe I	Scores d'après l'échelle d'adaptation sociale de Weissman	186
Annexe J	Particularités du système 2	189
Bibliographie		195

TABLEAUX ET FIGURE Page

TABLEAU 1	Nombre de lits recensés dans les établissements en activité - Diminution par habitant 1964 - 1979 par province	3
TABLEAU 2	Données obtenues, étude interprovinciale de 182 patients	24
TABLEAU 3	Nombre de patients de chaque sexe par groupe d'âge	40
TABLEAU 4	État matrimonial des patients selon le sexe	43
TABLEAU 5	Hospitalisation des patients en phase aiguë par système	53
TABLEAU 6	Services chargés des soins continus	58
TABLEAU 7	Professionnels participant aux soins continus	59
TABLEAU 8	Professionnels et autres personnes à qui s'adressent les patients en cas de crise	65
TABLEAU 9	Satisfaction générale à l'égard de la vie	73
TABLEAU 10	Niveaux de probabilité - lien entre les mesures de l'issue et le sexe	75
TABLEAU 11	Niveaux de probabilité - lien entre de meilleurs résultats et l'état matrimonial actuel ou passé	77
TABLEAU 12	Niveaux de probabilité - lien entre de meilleurs résultats et un revenu et une situation socio-économique supérieurs	78
TABLEAU 13	Niveaux de probabilité - lien entre de meilleurs résultats et les parents avec lesquels le malade a des contacts réguliers	80
TABLEAU 14	Niveaux de probabilité - lien entre les mesures de l'issue et les variables de logement	81

		Page
TABLEAU 15	Niveaux de probabilité - lien positif entre les résultats et les variables d'accessibilité	82
TABLEAU 16	Niveaux de probabilité - lien entre les mesures de l'issue et le début du traitement	84
TABLEAU 17	Niveaux de probabilité - lien entre les mesures de l'issue et les variables relatives aux soins actifs	85
TABLEAU 18	Niveaux de probabilité - lien entre les mesures de l'issue et les variables de la réadaptation selon les corrélations de Pearson	86
TABLEAU 19	Malades à scores globaux extrêmes, par système	92
TABLEAU 20	Malades à scores globaux extrêmes, selon l'état matrimonial	93
TABLEAU 21	Malades à scores globaux extrêmes, selon les modalités de logement	95
TABLEAU 22	Degré de signification des différences entre les conditions de vie des malades aux scores globaux extrêmes, selon des tests t	97
TABLEAU 23	Malades à scores globaux extrêmes, selon le thérapeute - épisode le plus récent	101
TABLEAU 24	Malades à scores globaux extrêmes, selon l'organisme en contact - deux derniers épisodes	103
TABLEAU 25	Malades à scores globaux extrêmes, selon les professionnels qui ont entretenu des contacts après les deux derniers épisodes	104

Page

TABLEAU 26 Régressions multiples effectuées par rapport aux scores globaux généraux 108

TABLEAU 27 Régressions multiples effectuées par rapport aux scores globaux relatifs à la capacité de travailler 109

TABLEAU 28 Régressions multiples effectuées par rapport aux scores globaux relatifs aux rapports sociaux 110

TABLEAU 29 Régressions multiples effectuées par rapport aux scores globaux de Weissman 111

FIGURE

FIGURE 1 Jours d'hospitalisation par 1000 habitants dans les hôpitaux psychiatriques; endroits dans les provinces étudiées, 1955 à 1979-1980 15

CHAPITRE 1 - Le problème

"La découverte, il y a 25 ans, d'une méthode pharmacologique qui permettait de supprimer efficacement les principaux symptômes de la schizophrénie figure sans doute parmi les plus importants progrès médicaux de notre siècle." J.K. Wing, M.D., Ph.D.[1]

À l'heure actuelle, ce qui préoccupe davantage les responsables des programmes de soins psychiatriques, c'est de trouver une façon d'établir des programmes de psychiatrie communautaire efficaces et acceptables qui prévoient le soin et le soutien des personnes aux prises avec des troubles mentaux, et d'élaborer des programmes qui soient à la fois humains et thérapeutiques du point de vue de leurs effets sur les individus, acceptables socialement, et économiques sur le plan des ressources humaines et matérielles.

Les principaux grands changements survenus dans le domaine des soins psychiatriques ont eu lieu au cours des trente dernières années. Ces programmes ont eu des effets plus marqués sur le traitement des patients psychotiques profondément perturbés et, en particulier, des patients souffrant de troubles schizophréniques. C'est précisément sur les soins prodigués à ce dernier groupe de malades que porte la présente enquête.

L'histoire récente des soins psychiatriques a été très mouvementée. Vers le milieu des années cinquante, avec l'arrivée des neuroleptiques pouvant être utilisés pour soigner les psychotiques, on vit

---

1 Wing, J.K., "The Social Context of Schizophrenia", A.J. Psychiatry, 135, 11. 1978.

s'amorcer un mouvement, d'abord au Royaume-Uni, puis en Amérique du Nord, visant à fermer les services psychiatriques afin de retourner les malades à une vie communautaire "normale". Les répercussions de ces changements se sont manifestées surtout sur le plan des soins prodigués aux malades psychotiques chroniques qui, antérieurement, passaient le plus clair de leur vie dans l'aile psychiatrique d'un hôpital.

Au Canada, les répercussions du modèle des soins en milieu hospitalier se sont fait sentir vers la fin des années soixante et au début des années soixante-dix.

Ce phénomène est perceptible au tableau 1, qui indique le nombre de lits théoriquement disponibles dans les établissements psychiatriques en activité entre 1964 et 1979.

TABLEAU 1

Nombre de lits recensés dans les établissements en activité
Diminution par habitant 1964 - 1979 par province

Nombre de lits pour 1000 habitants

	1964	1968	1972	1976	1978-1979	Diminution en pourcentage 1964-1979
Terre-Neuve	1,7	3,4	1,7	1,0	0,9	47,0
I.-P.-É.	3,7	1,8	2,6	2,5	2,0	45,9
Nouvelle-Écosse	4,0	3,6	2,3	1,8	1,0	75,0
Nouveau-Brunswick	2,7	2,6	2,6	2,2	1,5	44,4
Québec	3,6	3,7	3,2	0,9	0,6	83,3
Ontario	3,6	3,5	2,5	2,0	1,0	72,2
Manitoba	3,8	3,2	2,6	2,3	1,1	71,0
Saskatchewan	4,0	3,2	2,2	2,2	0,7	82,5
Alberta	3,9	3,9	3,0	2,6	0,8	79,5
Colombie-Britannique	3,7	3,4	2,8	2,1	1,4	62,2
Canada	3,6	3,4	2,7	1,7	0,9	75,0

Source : Statistique Canada, La statistique de l'hygiène mentale, volume III, catalogue 83-205, 1960, 1965, 1970-1975, 1978-1979.

Au cours des 15 années que recouvrent ces statistiques, la diminution du nombre de lits réservés aux services psychiatriques, autres que ceux des hôpitaux généraux, a été de 75 %. Il en a résulté une modification profonde des méthodes thérapeutiques ainsi que des coûts des soins psychiatriques au Canada.

On a apporté ces changements sans se soucier outre mesure de leurs effets bénéfiques ou négatifs. Quant aux programmes d'évaluation qui ont effectivement vu le jour, ils étaient pour la plupart fragmentaires et localisés.

En Europe comme en Amérique du Nord, les premières tentatives de s'éloigner des modèles de soins en établissement ont été tantôt couronnées de succès, tantôt vouées à l'échec, selon les traditions et les ressources matérielles et professionnelles locales et régionales.

L'usage massif de psychotropes pour atténuer les symptômes psychotiques a permis aux directeurs de programmes d'avoir recours à diverses formules d'hospitalisation. Pour leur part, les chercheurs se sont penchés sur les effets que les modifications apportées aux programmes pouvaient avoir sur l'axe communauté/hospitalisation.

Comme l'auteur l'a souligné précédemment (1982), les conséquences du changement ont été observées, analysées et étayées de Manchester à San Francisco, et les résultats ont été très divers. Hirsch et coll. (1979), dans une étude menée en Grande-Bretagne sur 127 patients répartis de façon aléatoire en deux groupes, l'un devant faire un séjour abrégé à l'hôpital et l'autre, un séjour normal, ont affirmé avoir démontré la valeur d'une réduction du séjour à l'hôpital. Aux États-Unis, Herz, Endicott et Spitzer (1977) ont également conclu qu'une hospitalisation de courte durée était préférable à un long séjour. Ils

ont toutefois ajouté que leurs résultats ne pouvaient être généralisés qu'aux programmes utilisant le modèle du centre communautaire dispensant une gamme complète de services. Ils ont insisté particulièrement sur l'importance d'une continuité des soins, c'est-à-dire que le patient doit être suivi par le même thérapeute ou la même équipe.

Fenton et Tessier (1979) ont mené une étude aléatoire auprès de patients qui faisaient partie de programmes de soins à domicile ou de programmes de soins en milieu hospitalier. Ils ont conclu que les soins communautaires sont une option efficace pour de nombreux patients psychiatriques, mais non pour tous. Dans une étude de post-observation d'une durée d'un an menée aux Etats-Unis, Glick et Hargreaves (1974) ont découvert une différence faible, mais statistiquement significative, en faveur du groupe qui avait reçu des soins prolongés. Ils expliquent que ce phénomène peut être attribuable au recours accru aux services externes après l'hospitalisation par le groupe qui avait reçu des soins prolongés.

La fermeture des lits d'hôpitaux laisse entrevoir des perspectives d'économies très intéressantes. Dans une étude menée en Virginie par (Jane) Murphy et Datel (1976), on a estimé à 20 000$ l'économie annuelle réalisée pour chaque patient grâce à cette politique. Parallèlement, d'autres auteurs américains ont décrit la détérioration et l'isolement des patients qu'on avait ainsi retournés dans la communauté. Etzioni (1976) a noté qu'à New York, des milliers d'anciens patients s'installaient dans des hôtels minables qui servaient de repères à des fripouilles de tout acabit tandis que 5 000 autres patients aboutissaient dans des centres d'hébergement où ils étaient moins bien nourris, recevaient des doses plus fortes de médicaments et étaient plus maltraités que dans les établissements psychiatriques publics. Il a également souligné que le tollé soulevé par cette situation a forcé les autorités

de l'État de New York à ralentir leur programme de déshospitalisation en avril 1974.

Au Canada, Kedward (1975) à Toronto et Murphy (1975) à Montréal ont attiré l'attention sur les nombreuses conséquences malencontreuses découlant de l'application de politiques rigoureuses de renvoi dans la collectivité et ont déclaré que l'application des principes et des politiques régissant le renvoi d'un malade à son domicile devrait faire l'objet d'une étude judicieuse.

Dans un exposé sur les conséquences sociales des politiques de santé mentale, Arnuff (1975) demande que les politiques réformistes soient étayées par de meilleures données sur les patients et leur famille. Les indicateurs administratifs comme la durée du séjour, le taux de réadmission n'ont aucune valeur en soi.

Une note du rédacteur parue dans le Lancet du 20 mai 1978 met en garde contre une propension à simplifier à outrance et à déformer la question en polarisant le débat autour de deux tendances: les soins communautaires et les soins en milieu hospitalier. Elle insiste sur l'importance d'utiliser les résultats de la recherche et affirme que la psychiatrie communautaire n'est pas seulement un slogan, mais qu'il s'agit en fait d'un processus complexe qui doit être compris et mis à l'épreuve.

Après avoir passé en revue la littérature, deux conclusions s'imposent : 1) il y a une absence marquée de consensus au sujet du type idéal de programme à appliquer dans le cas des malades mentaux chroniques, et 2) il s'agit d'une question extrêmement complexe et subtile, et il importe de ne tirer des conclusions que par rapport aux caractéristiques

particulières d'un groupe de patients et à la nature des ressources et des programmes de soins et de soutien.

Les problèmes et les questions en cause revêtent un caractère de plus en plus urgent étant donné que les gouvernements tentent de trouver des solutions au problème du lourd fardeau financier que représentent les soins de santé. Il n'est pas exagéré de déclarer que le débat mettant en opposition les soins communautaires et les soins en milieu hospitalier bat son plein dans les milieux gouvernementaux et professionnels, au cours des conférences nationales et internationales et dans tous les médias d'information occidentaux. Malheureusement, aussi urgents et intenses que soient ces débats, il existe une pauvreté étonnante de données solides et fiables sur lesquelles on puisse fonder des conclusions et des politiques futures.

C'est sur cette question importante et épineuse d'un consensus que porte la présente étude.

Plus particulièrement, on s'intéressera aux programmes thérapeutiques mis en oeuvre dans diverses provinces canadiennes. Tout programme de soins de santé ne peut être compris et évalué adéquatement qu'à la lumière du grand réseau de services sanitaires et sociaux dont il fait partie. La situation qui existe au Canada est très différente de celle qu'on retrouve aux États-Unis et au Royaume-Uni. À l'instar de ce dernier, le Canada a un régime de soins de santé quasi universel, mais il n'a pas souffert du grand nombre des contraintes imposées par l'inertie du système, la conjoncture économique défavorable, les restrictions financières extrêmes et une très forte centralisation et qui ont limité l'efficacité du système sanitaire britannique. Son réseau de soins de santé n'est pas fragmenté en un système à deux classes, comme c'est le

cas aux États-Unis, où les programmes communautaires de santé mentale offrent des services d'aide sociale de deuxième ordre dispensés par du personnel de qualité inférieure. Dans la plupart des régions des États-Unis, les programmes communautaires de santé mentale sont reconnus comme des services pour les démunis. On trouve rarement des thérapeutes très compétents et bien rémunérés dans les centres communautaires. Ceux-ci préfèrent généralement travailler dans des cliniques privées qui s'adressent aux Américains plus fortunés ou aux membres de la classe moyenne qui ont un régime d'assurance-hospitalisation. Pour cette raison, on ne saurait supposer que les études d'efficacité des programmes communautaires menées aux États-Unis soient applicables au Canada.

Les études canadiennes rendent généralement compte de la forte décentralisation qui existe au pays. En vertu de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, en vigueur jusqu'en 1982, la santé, à l'instar de l'éducation, était du ressort des provinces, et cette répartition des attributions est demeurée inchangée dans la nouvelle constitution canadienne. Ainsi, bien que le gouvernement fédéral verse des fonds aux provinces en guise de participation financière aux services de santé (cette contribution était de l'ordre de 7,5 milliards de dollars en 1981-1982), les provinces ont le pouvoir exclusif de prendre les décisions en ce qui concerne les hôpitaux et autres établissements, l'affectation de ressources humaines, la rémunération des professionnels de la santé ainsi que la mise en oeuvre et l'expansion des programmes communautaires de tout genre. Il en résulte donc des types de programmes fort variés d'un bout à l'autre du pays et, étant donné la vaste étendue géographique, les migrations et les cheminements différents qu'ont connus les provinces canadiennes, il existe des différences marquées dans les programmes de santé mentale.

On a déjà noté la réduction du nombre de lits réservés aux malades mentaux pour l'ensemble du pays. Dans le tableau 1, on a également présenté le nombre de lits recensés dans chacune des provinces pendant une période de 15 ans. Ces chiffres nous donnent une idée des différences interprovinciales.

Il importe de faire une certaine mise en garde en ce qui concerne ces chiffres qui se rapportent aux hôpitaux psychiatriques et non aux ailes psychiatriques des hôpitaux généraux. Dans certains cas, les hôpitaux généraux ont une aile psychiatrique située dans des pavillons qui sont, à toutes fins utiles, des mini-hôpitaux psychiatriques. En outre, la baisse marquée dans l'utilisation des lits dans la province de Québec n'a pas été accompagnée de programmes concrets et solidement étayés visant à réaffecter les ressources à des programmes communautaires, comme cela a été le cas en Saskatchewan et en Colombie-Britannique. Il semble probable qu'une certaine partie de cette variation au Québec et ailleurs soit attribuable au changement de vocation de certains établissements ou à une nouvelle désignation d'importants groupes de patients, comme les déficients mentaux, qui auparavant faisaient partie du groupe des "malades mentaux" dans plusieurs provinces. On peut donc supposer que ces données provinciales de même que les données nationales qu'elles ont servi à établir sont fondées sur des critères diagnostiques beaucoup moins rigoureux que les données obtenues dans le cadre des projets axés spécifiquement sur la recherche. On note toutefois qu'il y aura probablement des différences marquées dans le rythme et l'ampleur des changements apportés dans les différentes provinces.

Étant donné les divergences énormes qui existent entre les programmes ainsi qu'entre les ressources humaines et financières disponibles d'un bout à l'autre du Canada, les rares études qui existent n'ont

qu'une portée locale ou, tout au plus, régionale. Il faut toutefois souligner que ces différences mêmes qui ont empêché d'établir des tendances canadiennes définies ont créé un laboratoire naturel. Elles ont permis de comparer des systèmes divergents de prestation de soins issus plus ou moins naturellement des circonstances locales (histoire, traditions, conjoncture socio-économique, migrations, etc.). Par exemple, l'une des différences importantes sur le plan de la structure et de l'orientation des programmes semble suivre l'axe est-ouest, les provinces de l'Ouest ayant dans l'ensemble toujours fourni des services plus uniformes à l'échelle de la province, tandis que dans les Prairies et dans les provinces de l'Est, les programmes se sont élaborés en grande partie en collaboration avec les grands hôpitaux d'enseignement et ont suivi l'orientation dominante de ces centres.

Il est certain que l'histoire et les migrations ont eu des influences différentes sur les diverses régions du Canada. La population des Maritimes et du Québec, stable depuis plus de deux siècles, a conservé dans l'ensemble certaines traditions ainsi que des modes de fonctionnement éprouvés. L'Ontario, également une province traditionaliste, a été profondément influencée par une immigration considérable en provenance du Royaume-Uni et, plus récemment, par d'importantes vagues d'immigration venant des autres pays de l'Europe, de l'Asie et des Antilles et engendrant de nouveaux besoins et phénomènes sociaux. Les provinces des Prairies et la Colombie-Britannique sont en quelque sorte des sociétés d'immigrants: elles ont un vif désir de trouver de nouvelles solutions et n'ont pas de traditions rigides; elles jouissent également d'une certaine cohésion sociale et font preuve de tolérance envers les nouveaux modes de vie qui se sont implantés. Il est intéressant de noter que de puissants mouvements communautaires de collaboration économique ont vu le jour dans les Prairies, sociétés à forte tradition

religieuse germanique et slave. Il s'agit sans doute là d'un facteur non négligeable dans le développement de l'assurance-maladie universelle et dans la naissance d'un mouvement dynamique de psychiatrie communautaire en Saskatchewan, car les sociétés adoptent des politiques et des programmes qui s'harmonisent de façon générale avec leur orientation et leur mode de vie.

Dans cette conjoncture, les services offerts aux malades et aux handicapés mentaux, domaine où il existe un grand nombre d'options, se sont développées de façon très différente dans les diverses régions du Canada, ce qui a fourni la possibilité d'examiner, sur le terrain, divers modes de prestation de services. Il n'a donc été aucunement nécessaire de concevoir et d'imposer des arctéfacts expérimentaux dans des systèmes complexes afin d'obtenir des données sur les diverses formules de prestation de soins.

Dans un contexte aussi favorable à l'étude des milieux naturels, il est étonnant que si peu d'études comparatives aient été réalisées. La présente enquête, réalisée avec l'appui du gouvernement canadien, témoigne de l'intérêt du gouvernement fédéral, non seulement en ce qui concerne les coûts comparatifs des soins de santé, mais encore pour ce qui est de tirer profit de l'expérience acquise au Canada afin de favoriser les modes de fonctionnement et de prestation de services qui se sont révélés efficaces.

CHAPITRE 2 - LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

L'objet de l'étude consistait à faire un sondage auprès de schizophrènes en quatre endroits différents au Canada et à obtenir des données sur les soins antérieurement prodigués à ces patients, sur leur situation de vie ainsi que sur leur fonctionnement actuel. Le groupe des schizophrènes a été choisi parce qu'il représentait un groupe de malades chroniques qui grevaient lourdement les services de santé, qu'il s'agissait d'un groupe diagnostique relativement bien défini et dont on était à peu près certain qu'il recevrait des soins psychiatriques formels.

On espérait pouvoir étudier toute relation entre les issues de la maladie, d'une part, et les circonstances particulières à chaque individu et les différences de traitement et de soins continus reçus par les patients, d'autre part. On se demandait si des éléments particuliers des modalités thérapeutiques générales contribuaient davantage aux différences dans l'état des patients que le fait d'être traités dans un réseau sanitaire particulier. On espérait également disposer de certaines indications relatives aux éléments précis des programmes (par exemple, les services d'orientation professionnelle dispensés par opposition à la quantité de médicaments administrés) qui semblaient avoir davantage d'incidence sur le comportement des patients. On se demandait en outre si les conditions de vie, l'issue du traitement ou les modalités thérapeutiques différaient selon le sexe et également si les différences provinciales dans l'usage des lits, révélées par les statistiques nationales, cadraient bien avec l'histoire des soins fournis à ce groupe particulier de malades.

CHAPITRE 3 - L'ÉTUDE : MÉTHODES ET MESURES

Choix des endroits

Le choix des quatre endroits exigeait qu'on tienne compte d'un certain nombre de considérations, soit des restrictions inhérentes au plan d'étude aussi bien que des raisons de commodité et de faisabilité. Toute l'entreprise était fondée sur la bonne volonté et la collaboration entre les divers ordres de gouvernement et les fonctionnaires, d'une part, et entre les chercheurs, les universitaires, les directeurs de programmes et le personnel, de l'autre, l'approbation et l'assentiment de tout un chacun étant nécessaire à tous les niveaux, que ce soit au gouvernement provincial, aux comités de déontologie des universités, ou aux réunions du personnel local.

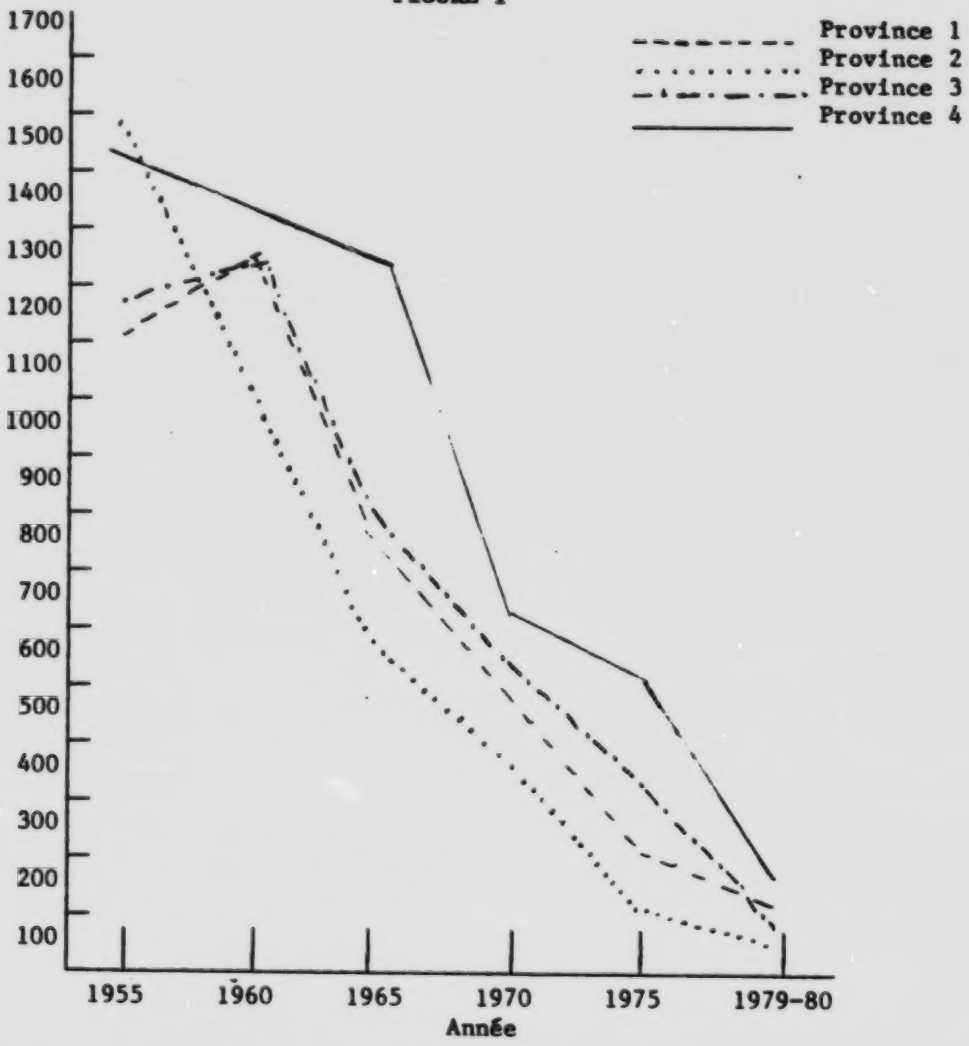
Tout au long du rapport, les endroits seront désignés par les appellations "Système 1, Système 2, Système 3 et Système 4". Nous avons utilisé cette terminologie pour deux raisons : pour rendre l'idée d'un système global de traitement et de soins qui constitue la réponse de la société aux troubles dont est atteint le patient et pour éviter l'usage du terme "province", étant donné que chaque endroit n'est pas considéré comme représentatif de tous les systèmes de soins de la province où il est situé.

Un plan idéal aurait permis une comparaison détaillée de deux endroits ayant des taux d'utilisation de lits diamétralement opposés et, en fait, cela a été réalisé jusqu'à un certain point. Selon Heseltine (1982), le système 2 a le plus faible taux d'utilisation des lits au pays (40 p. 100 inférieur à la norme nationale) tandis que le système 1 a le taux le plus élevé (64 p. 100 supérieur à la norme nationale). Toutefois, bien qu'on ait bénéficié d'une excellente collaboration et du

libre accès aux patients dans le système 2, l'approbation, dans le système 4, a été donnée par les échelons provinciaux supérieurs et certains établissements, mais un établissement (important) nous l'a refusée, limitant ainsi notre accès à un nombre très faible de patients. Par ailleurs, le choix des endroits était conditionné par la pauvreté du budget de fonctionnement, ce qui restreignait notre choix aux localités disposées à assumer les dépenses inhérentes au travail sur le terrain à titre de coût d'évaluation de leurs services. En dépit de ces problèmes, la participation de deux provinces de l'Ouest, d'une province du Centre et d'une province des Maritimes contribue à situer cette étude dans une perspective pancanadienne.

La figure 1 représente le nombre de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et dans les hôpitaux généraux pour la période de 25 ans qui précède l'étude, dans les quatre provinces où étaient situés les systèmes étudiés. On y voit de façon très nette la réduction dramatique du nombre de lits d'hôpitaux psychiatriques dans la province 2 entre la fin des années 1950 et le début des années 1970. Il appert également que pendant une bonne partie de cette période, la province 4 a conservé un nombre relativement élevé de lits et que celui-ci n'a été réduit à des niveaux comparables à ceux des autres provinces qu'à la fin des années 1970. Dans la province 3, le niveau d'hospitalisation psychiatrique est également demeuré élevé jusque dans les années 1970, mais dans une moindre mesure.

FIGURE 1



Jours d'hospitalisation par 1000 habitants dans les hôpitaux psychiatriques; endroits dans les provinces étudiées, 1955 à 1979-1980*. Source : Statistiques Canada.

* Ces chiffres incluent les hôpitaux publics pour maladies mentales, les hôpitaux psychiatriques publics, les hôpitaux privés pour maladies mentales, les hôpitaux pour alcooliques, les hôpitaux pour épileptiques et les foyers pour personnes âgées et séniles. Sont également inclus, les jours d'hospitalisation des enfants souffrant de troubles émotifs, de 1962 à 1966.

D'après les données sur les lits réservés aux services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, la province 2 a lancé le mouvement en faveur de la prestation de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, avec 27,7 jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux par 1000 habitants en 1956 contre 17,1 , 10,6 et 9,1 dans le cas des provinces 1, 3 et 4 respectivement.

Les endroits

Les principales caractéristiques des endroits sont décrites ci-dessous. Comme nous l'avons déjà souligné, nous ne prétendons pas que chaque système est entièrement représentatif de la province dans laquelle il se trouve, car, en plus des différences interprovinciales importantes qu'on retrouve sur le plan de l'histoire, de la tradition et de l'administration des programmes courants, il existe des différences à l'intérieur même des provinces, c'est-à-dire des variations locales qui peuvent avoir une incidence sur les services dispensés à chaque patient. On trouve également des différences entre les provinces sur le plan de l'homogénéité. Le lecteur trouvera à la page 61, une analyse plus poussée de l'homogénéité systémique fondée sur les données de l'étude.

Système 1: Le système 1 est situé dans un centre urbain de taille moyenne et sert un bassin de population d'environ 300 000 personnes. 19,6 p. 100 de l'échantillon habitait une région rurale. Avec deux universités (bien qu'aucune école de médecine) et une forte concentration d'industries légères et de PME, on trouve une bonne distribution des emplois dans les diverses catégories de revenu et dans les groupes d'hommes de métier, de commerçants et de professionnels. Dans une conjoncture économique normale, c'est une région prospère qui a des terres agricoles fertiles et qui est située à deux heures de voiture d'une grande région métropolitaine. La région ne compte aucun hôpital psychiatrique local et l'hôpital général a un service psychiatrique de 30 lits. Les malades mentaux chroniques sont habituellement envoyés à un hôpital psychiatrique situé à environ 60 milles. Un petit nombre de patients choisissent également d'aller à un hôpital psychiatrique privé situé à proximité ou dans les établissements d'une ville qui se trouve à 80 milles de distance et qui compte une université et un centre médical.

Sur place, on dispose de dix psychiatres, d'une clinique Moditon et d'un centre de jour pour les malades psychiatriques.

Système 2 : Ce système est situé dans une ville de 135 200 habitants qui possède une grande université provinciale avec une école de médecine. Deux des trois hôpitaux généraux ont des unités psychiatriques qui comptent au total 54 lits. Quinze psychiatres desservent cette ville. Les établissements de santé mentale sont au service d'une région géographique rurale très vaste, et le bassin de population est de l'ordre de 240 000 patients dont 27 p. 100 vivent en milieu rural.

Le système de soins psychiatriques repose sur une forte orientation communautaire caractérisée par un usage limité des lits réservés aux soins psychiatriques et par un recours encore plus restreint aux hôpitaux psychiatriques. On a parfois recours à l'unique hôpital psychiatrique provincial situé à 80 milles de distance, mais cela se produit très rarement (3 cas en 1978).

L'une des principales caractéristiques du système est un centre de santé mentale provincial indépendant qui compte un effectif professionnel de 24 employés, dont 3 psychiatres. On trouve également dans ce système deux programmes communautaires de soins infirmiers psychiatriques, un atelier protégé et un centre de formation. Le lecteur trouvera une description plus détaillée du système 2 dans l'annexe H.

Système 3 : Ce système se compose de deux villes voisines, de taille moyenne, et des régions rurales avoisinantes, ce qui donne un bassin de population de 200 000 personnes. De la population étudiée, 18,1 p. 100 habitait des régions rurales. La situation économique est relativement saine, avec des produits pétroliers bon marché, une agriculture prospère, une industrie légère dans les centres urbains, de l'exploitation du pétrole et du gaz naturel et une petite université dans l'une des deux villes.

Chaque ville compte un hôpital général avec une unité psychiatrique de 21 et 18 lits respectivement, et les malades chroniques sont envoyés dans un grand hôpital psychiatrique situé à 250 milles de distance. L'une des villes avait six psychiatres tandis que l'autre n'en comptait aucun durant la période de l'étude mais trois psychiatres étaient amenés par avion une fois par semaine pour passer une journée à la clinique de santé mentale. La plus grosse des deux villes a un atelier protégé et un programme de soins de jour.

Système 4 : Ce système se trouve dans une région métropolitaine et dispense des services à une population d'environ 280 000 habitants, ce qui englobe la région rurale avoisinante. De la population étudiée, 4,5 p. 100 habitait un district rural. Pendant la période où s'est déroulée l'étude, la situation économique n'était pas très reluisante, et l'on trouvait d'importantes zones de pauvreté dans la région. On y trouve une grande université et une école de médecine bien établies. Les emplois sont répartis dans l'enseignement, l'industrie et le commerce. La région compte deux hôpitaux psychiatriques de 700 et 176 lits respectivement, le plus grand des deux recevant des patients de la région immédiate ainsi que de toutes les autres régions de la province, à l'exception d'une. À cela s'ajoutent 80 lits dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux. La région compte environ 36 psychiatres. Il n'existe aucune clinique et aucun centre de santé mentale en

dehors des hôpitaux, bien que dans cette province les hôpitaux soient désignés comme des centres de santé mentale et qu'ils fournissent des services ambulatoires, notamment des programmes de soins de jour. Les programmes de réinsertion professionnelle mis en oeuvre dans le milieu hospitalier de même que dans le cadre des ateliers protégés et des autres modèles de formation industrielle constituent des caractéristiques particulières au système 4.

Chaque système utilise diverses formules de soins en établissement qui portent des noms très divers : centres d'hébergement pour adultes, foyers de groupes, foyers autorisés, maisons de pension autorisées, centres d'accueil, etc. Dans tous les systèmes, ces établissements relevaient des Services sociaux. Nous n'avons pas tenté de dresser la liste et de décrire toutes les formules locales de soins en établissement car, étant donné la grande variété des définitions et des normes, cela aurait pu faire l'objet d'une étude en soi. En compilant les données sur les patients, dans les chapitres suivants, nous avons réuni tous les soins résidentiels en un seul groupe mais le lecteur trouvera à l'annexe H certains commentaires sur des formules particulières qu'on trouve dans le système 2.

Choix des sujets

Dans quatre provinces canadiennes, deux provinces de l'Ouest, une du Centre et une de l'Est, nous avons tenté de contacter et d'interviewer des schizophrènes qui avaient reçu des services dans le système officiel de soins psychiatriques au cours des dix années précédentes, et non moins de 18 mois auparavant. Partout, sauf dans un endroit, où il a été extrêmement difficile d'avoir accès aux patients, nous avons tenté

d'obtenir auprès des établissements thérapeutiques locaux les dossiers des patients chez qui les médecins avaient posé un diagnostic primaire de schizophrénie.

Pour être en mesure d'avoir accès aux patients, il a fallu effectuer un travail préliminaire énorme. Le protocole de l'enquête a été soumis à l'approbation de tous les niveaux hiérarchiques nécessaires et à toutes les instances pertinentes, notamment les gouvernements provinciaux et les comités de déontologie des universités et des hôpitaux. Étant donné que le plan prévoyait une étude de suivi rétroactive, qui ne faisait intervenir aucun artéfact dans le traitement des patients, il n'y avait pas d'inquiétude quant à l'étude elle-même mais seulement en ce qui concerne la confidentialité des données. Pour répondre à cette préoccupation, toutes les données d'identification personnelle devaient être conservées et codées sur place, à l'hôpital ou à la clinique, et seules ces données codées devaient être transmises pour fins d'analyses. Comme nous l'avons souligné, dans un cas (système 4), un établissement a refusé l'accès aux dossiers des malades en raison d'une préoccupation très poussée pour le respect de la confidentialité.

Avec l'aide d'un psychiatre-conseil qui visitait chaque endroit, nous avons choisi les sujets à partir des dossiers en utilisant les critères d'inclusion mis au point par Spitzer et Endicott de même que les critères d'exclusion utilisés par Bland. L'application des critères diagnostiques a entraîné une diminution considérable du nombre de sujets retenus, et l'utilisation de paramètres comme l'âge des patients a également provoqué une autre baisse de ce nombre (car on souhaitait exclure à la fois les adolescents et les personnes âgées). En outre, certains patients étaient introuvables, décédés ou ont refusé d'être

interviewés, ce qui fait que l'échantillon final comptait 182 patients. Le lecteur trouvera à l'annexe A la liste des critères diagnostiques utilisés dans cette étude.

Aux quatre endroits, l'application des critères diagnostiques a donné lieu à un taux de rejet de 45 à 48 p. 100. À première vue, un taux aussi élevé peut sembler témoigner d'un manque de rigueur dans l'établissement des diagnostics, mais tel n'est pas le cas. L'application des critères diagnostiques de recherche a pour objet le raffinement de l'échantillon de façon à ce qu'il soit possible de choisir à chaque endroit un groupe de patients qui soient comparables sur le plan pathologique. Cet objectif diffère donc de celui de la pratique clinique où l'on pose le diagnostic afin de parvenir à traiter efficacement le patient. Ainsi, en pratique clinique, les patients déficients mentaux, ceux qui présentent des signes de lésions cérébrales organiques ainsi que ceux qui souffrent de diverses formes de troubles schizo-affectifs peuvent à juste titre être diagnostiqués comme schizophrènes pour des fins d'évaluation ainsi que pour l'établissement du régime thérapeutique et le dosage des médicaments. L'application des critères de recherche entraîne toutefois l'élimination de cas semblables.

Il faut noter que le groupe de la province 4 ne compte que 22 patients et que nous avons essuyé une forte proportion de refus dans cette province. Ces résultats s'expliquent par la réduction considérable de l'accessibilité des patients dans cette province, fait attribuable à un souci marqué pour le respect de la confidentialité dont nous avons parlé antérieurement. Non seulement l'accès aux dossiers était-il plus restreint, mais encore, avant d'être interviewés, les patients devaient donner leur consentement par écrit et le faire parvenir par la poste; au moment de l'entrevue, ils devaient signer une nouvelle formule

pour autoriser l'intervieweur à avoir accès à leur dossier. Cela explique donc que l'échantillon de sujets à cet endroit ne puisse pas être considéré comme aussi représentatif de l'ensemble de la cohorte à l'égard de laquelle on a posé un diagnostic primaire de schizophrénie par rapport à la représentativité qu'il a été possible d'obtenir ailleurs.

Devant cette différence dans le choix des sujets, on s'est inquiété de ce que le groupe du système 4 pourrait être différent, à certains égards fondamentaux, des sujets qu'on retrouve dans les autres endroits et l'on a comparé le groupe des sujets du système 4 aux groupes des sujets des autres endroits pour une série de paramètres: la distribution selon le sexe et l'âge, le type de logement, le niveau de revenu et le groupe social, la disponibilité des établissements et leur accessibilité, la prospérité du quartier et la qualité du logement.

Les patients du système 4 ne différaient qu'à un égard, à savoir, le nombre supérieur de sujets vivant dans une région urbaine (bien que cette différence n'ait pas été significative). Puisqu'on s'attendait à cette différence, étant donné que le système 4 était situé dans un grand centre urbain, on a pris la décision de considérer les patients du système 4 comme s'ils représentaient un groupe semblable de par ses paramètres descriptifs aux patients des autres endroits.

Données souhaitées et obtenues de l'étude

Le tableau 2 montre la vaste gamme de données obtenues à partir des entrevues et des dossiers médicaux. L'instrument de collecte des données appelé l'inventaire interprovincial de données figure à l'annexe B.

TABLEAU 2

Données obtenues, étude interprovinciale de 182 patients

Renseignements personnels	Logement et conditions de vie	Aspects du traitement et des soins	Issues sur le plan du fonctionnement
Sexe	Urbain/rural	Source de l'orientation	Mesures du rendement professionnel ou des compétences domestiques
Âge	Genre de logement	Professionnels ayant participé à l'évaluation/ diagnostic	
État matrimonial	Etat du logement	Temps écoulé depuis le diagnostic	
Revenu du ménage	Durée de la résidence	Type de thérapie	Mesures des soins personnels
Membres de la famille en contact*	Etat des meubles	Thérapeute principal	Mesures de l'autonomie
	Autres résidents	Cadre du traitement	Mesures de l'activité physique
	Etat du quartier	Durée du séjour à l'hôpital	Mesures de la socialisation
	Entassement	Surveillance actuelle	Présence/ absence de symptôme
	Télévision	Programme de réadaptation	Problèmes actuels
	Téléphone	Réadaptation professionnelle	Satisfaction actuelle
	Cour	Organisme de soutien	Confiance en soi
	Accessibilité des magasins	Professionnels participant au soutien	
	Accessibilité des activités de loisir	Personne-ressource nommée par le patient	
	Transports	Doses actuelles de médicaments et mode d'administration	
		Satisfaction exprimée par le patient	

* Critère : Etre en contact avec le patient au moins une fois par mois.

Instruments utilisés pour obtenir l'information

Le principal instrument était l'inventaire interprovincial de données dont nous avons parlé précédemment et qui figure à l'annexe B. Nous avons également utilisé l'échelle d'évaluation sociale de Weissman sous forme de questionnaire oral.

La principale méthode utilisée pour obtenir de l'information était l'entrevue effectuée au domicile du patient. On avait ensuite recours au dossier médical pour compléter cette information. Les intervieweurs avaient été engagés pour le projet ou étaient prêtés par le gouvernement de la province, selon les disponibilités financières de la localité. On a également tenté de retracer l'histoire des soins reçus par les sujets à partir du moment où ils ont été adressés aux services psychiatriques jusqu'au moment de l'enquête. On a noté comment le sujet avait d'abord été orienté vers le système formel de prestation de soins de même que les professionnels qui avaient participé à l'orientation initiale des patients. Pour chaque épisode de traitement, on a vérifié dans le dossier du sujet les renseignements concernant le mode de traitement, le thérapeute attitré, le cadre dans lequel les soins ont été donnés et la durée du séjour à l'hôpital. Pour ce qui est du séjour à l'hôpital, on a compté le nombre de jours pour chacune des trois dernières hospitalisations de même que pour l'ensemble des séjours depuis la première hospitalisation. On a également obtenu des données concernant la réadaptation du sujet et son maintien dans la communauté ainsi que sa consommation actuelle de médicaments.

Mesures de l'état du patient

Si certaines données de l'inventaire comme l'âge du patient, son sexe et son type de logement étaient relativement faciles à obtenir et à compiler, il faut toutefois faire certains commentaires en ce qui concerne les mesures prises pour déterminer son état.

On trouve dans la documentation une foule d'exemples d'études ayant pour objet d'évaluer et de comparer les modes d'intervention. On y a utilisé divers indicateurs dont le dossier d'hospitalisation, l'état mental du patient mesuré à l'aide de diverses échelles d'évaluation, des indicateurs du fonctionnement socio-économique comme le logement et l'emploi.

La capacité du sujet d'éviter l'hospitalisation comme indicateur de succès, notée par Katz et Lyerly (1963) en tant que critère d'étude solide et persistant et qu'on retrouve notamment dans des études effectuées par Glascote et coll. (1971), Gumrucku (1968), et Stotsky (1967), est peut-être le plus étonnant et le plus facile à rejeter. L'usage des lits réservés aux malades psychiatriques apparaît de toute évidence lié à la disponibilité de ces lits et semblerait être un artéfact du système. En outre, plusieurs études et, en particulier, celles de Cooper (1961) et de Brown (1959), ont montré que l'hospitalisation dépendait davantage des conditions sociales dans lesquelles vivait le patient que de son état de santé mentale. De nombreux aspects de la situation du malade entrent en ligne de compte lorsqu'il faut décider si l'on doit ou non lui donner son congé, à savoir les conditions qui existent chez lui et dans sa famille, sa situation économique, les perspectives qu'il a de trouver un emploi et l'appui sur lequel il pourra compter. Au terme d'une analyse des

facteurs sociaux qui influent sur l'état des personnes souffrant de troubles psychiatriques, Turner et Gartwell (1978) constatent que les sujets qui appartiennent aux couches socio-économiques inférieures font généralement des séjours prolongés à l'hôpital et que, au moins dans le cas des hommes, il existe une relation entre la place occupée dans la hiérarchie sociale et la durée du séjour à l'hôpital. Ils notent également qu'il existe une association indépendante et très étroite entre la situation de famille et la durée de l'hospitalisation.

Les études visant à mesurer l'adaptation sociale ont été beaucoup plus nombreuses, et cela se comprend, bien que les définitions et les étalons aient été très différents. On se heurte souvent au fait que les normes d'adaptation et de santé mentale sont établies par les cliniciens en fonction de certains facteurs culturels. Katz souligne que nous sommes encore très loin d'un consensus au sujet du sens du terme "adaptation" et Laing (1971) rappelle que les professionnels appliquent des critères de normalité par rapport à leur propre mode de vie.

Les concepts de santé et de maladie mentales changent au fur et à mesure de l'évolution de nos connaissances et des changements sociaux, et il semble sage d'éviter les problèmes philosophiques et sociologiques inhérents à toute tentative de définir ou d'évaluer l'adaptation sociale en tant qu'état de santé mentale. Les échelles d'évaluation de l'état mental ne devraient, dans les meilleurs cas, être utilisées que de façon limitée et avec prudence.

Une autre technique de mesure a été la compilation des symptômes. Leff (1976), traitant de la mesure de l'issue de l'intervention chez les schizophrènes, cite la constatation de Maxwell (1972), à savoir, que les symptômes psychotiques individuels ne se manifestent pas selon une distribution normale, même à l'intérieur d'un groupe de malades psychotiques. Il note que dans le cas des schizophrènes, cela a pour effet de rendre invalide l'application de statistiques paramétriques aux mesures de l'issue fondées sur des symptômes.

À cet égard, on peut noter que Bland et coll. (1977), dans un compte rendu d'une étude de post-observation de dix ans menée auprès de patients albertains, ont établi que les indicateurs pronostiques ne permettaient pas de prédire plus de 25 p. 100 de la variance et ont remis en question la validité des critères de pronostic et de prédiction établis.

Leff critique également le recours à l'examen de l'état actuel (E.E.A.), un instrument diagnostique normalisé, pour la prise de mesures avant et après une intervention (Wing et coll., 1973). L'E.E.A., parce qu'il tient compte de toute la gamme des symptômes, soulève au moins trois problèmes importants lorsqu'on l'utilise dans une recherche sur des malades schizophrènes : 1) les symptômes peuvent varier dans des directions opposées à des moments différents, 2) l'E.E.A. n'est pas conforme à la pratique courante qui consiste à mettre l'accent sur les principaux symptômes, 3) l'état du malade schizophrène peut s'améliorer en ce qui concerne les symptômes typiques de la schizophrénie, mais ne présenter qu'une très légère amélioration sur le plan de l'E.E.A. parce que les principaux symptômes névrotiques communs à tous les patients demeurent, et que ceux-ci sont relevés par l'examen de l'état actuel. L'évaluation des schizophrènes d'après leurs symptômes présente un ris-

que supplémentaire en ce sens qu'il faut se fier à des données fournies par des patients en proie au délire et qu'il est difficile d'attribuer des indices de fréquence lorsque certains symptômes sont constants tandis que d'autres ne se manifestent qu'occasionnellement.

Ainsi, le recours à divers tests et instruments qui ont pour objet d'évaluer l'état mental du patient pose des problèmes tant pour ce qui est de concevoir des tests qui font abstraction des aspects culturels qu'en raison des difficultés inhérentes à la mesure des processus pathologiques. Toutefois, si l'on veut se pencher sur le soulagement de la détresse des patients, il faut absolument obtenir une réponse directe du patient, qui ne devrait toutefois pas être considérée comme un indice critique fiable du succès du traitement.

On dispose de plusieurs tests de l'état mental, notamment l'examen de l'état actuel (Present State Examination), dont nous avons déjà parlé, l'inventaire des troubles schizophréniques et affectifs (Schizophrenic and Affective Diseases Schedule), le Personal Adjustment and Role Skills, l'échelle d'adaptation de Katz, le questionnaire sur la santé de Goldberg et l'échelle d'auto-évaluation de l'adaptation sociale de Weissman.

Bien que les échelles d'auto-évaluation puissent être utilisées facilement et à peu de frais et qu'elles présentent l'avantage supplémentaire d'éliminer la subjectivité inhérente à l'entrevue, il reste que l'évaluation que fait le schizophrène, éventuellement en proie à des états délirants, n'est peut-être pas fiable. En contrepartie, on a l'avantage d'obtenir une mesure du sentiment de bien-être du patient à partir des réponses aux éléments fortement affectifs de l'échelle.

Les critères fondés sur la performance dans des situations sociales présentent l'avantage de porter sur un continuum normal et, s'il est possible d'obtenir des observations fiables, constituent un moyen plus sûr de mesurer le progrès ou le bien-être du patient. De toute évidence, on a intérêt à se fier davantage aux observations indiscutables et évidentes. Ainsi, Englesman (1974) estime que les critères les plus simples et les plus objectifs sont la capacité de quitter un milieu protégé et d'obtenir un emploi rémunéré. Comme nous l'avons vu, ces critères peuvent toutefois subir l'influence de facteurs autres que le degré d'amélioration des patients.

Comment alors ferons-nous pour définir le succès d'un système de soins pour schizophrènes? À quels types de résultats faut-il avoir recours pour évaluer un système de soins?

Une façon de procéder consiste à retourner au point de contact initial entre le patient et le système et à poser la question suivante : "Pourquoi ce patient a-t-il été adressé au système de soins?" Il n'y a en général qu'une ou deux réponses possibles à cette question, à savoir:

1) parce que le comportement du patient s'écarte de façon marquée de la norme en matière de comportement social, et
2) parce que le patient est en proie à un sentiment de détresse.

Dans la mesure où un système de soins permet de normaliser le comportement d'un patient dans son milieu social et de soulager sa détresse, on peut à juste titre affirmer qu'il a répondu aux attentes de la société.

Sans doute s'agit-il d'un critère plutôt mince pour évaluer le succès d'un système, mais le fait d'avoir recours à des mesures plus poussées de réadaptation des patients comme l'actualisation de soi, l'absence de formation réactionnelle ou une dynamique familiale améliorée équivaudrait à s'aventurer dans des dimensions ésotériques, bien au-delà des attentes normales de la société à l'égard des systèmes de prestation de soins. (Evidemment, on peut retrouver dans une histoire de cas des améliorations à l'un ou plusieurs de ces égards.) En outre, des indicateurs d'amélioration des symptômes ou les résultats d'instruments normalisés peuvent compléter très utilement des situations concrètes sans qu'il soit nécessaire de se fier aveuglément à un type unique de mesure.

L'échelle de Soskis (Brief Follow-up Rating) est un exemple de l'une des quelques échelles d'évaluation qui permettent d'obtenir des renseignements sur la réadaptation sociale ou le retour à la normale par opposition à l'état clinique ou aux troubles psychologiques. On y utilise des données telles le pourcentage de temps durant lequel les patients fonctionnent "normalement" dans la collectivité (défini comme le fait d'exécuter le travail habituel), la comparaison de la situation professionnelle avant la maladie et maintenant, le degré d'autonomie dans l'organisation de la vie quotidienne, le niveau de socialisation ainsi que les épisodes de réhospitalisation. Les indices qu'utilise Soskis, à savoir la capacité d'exercer le travail habituel, l'autonomie dans la vie quotidienne et le nombre de contacts sociaux, représentent sans doute les aspects principaux de la réadaptation sociale. Sa méthode présente toutefois le désavantage de mal définir les degrés de variations dans les modes de vie, et ses données ont été réunies dans une formule mathématique, une somme des scores en quelque sorte, ce qui entraîne une pondération arbitraire et rigide de l'importance de chaque aspect aussi bien que des variations dans le niveau d'activité dans ces aspects.

Dans la présente étude, on a obtenu des données sur une gamme semblable d'aspects, mais on a défini de façon beaucoup plus précise les modes d'évaluation de l'autonomie dans la vie quotidienne, de l'aptitude à travailler et du degré de socialisation, et chacun de ces domaines a été évalué séparément et indépendamment des autres et de toute mesure du temps passé à l'hôpital.

Nous souhaitons souligner ici les nombreuses sources dans lesquelles nous avons puisé les concepts de base et les formulations en vue d'établir l'inventaire interprovincial de données. Mentionnons l'inventaire de Soskis dont it a été question précédemment, les inventaires d'évaluation de Strauss et Carpenter, les études de post-observation de Bland en Alberta et l'échelle d'adaptation sociale de Sylph et Kedward Maudsley, d'abord élaborée au Royaume-Uni et adaptée par la suite au contexte canadien.

L'objectif principal de l'inventaire consistant à recueillir des données objectives sur les comportements effectifs des patients qui déterminent dans quelle mesure ils peuvent fonctionner sur le plan social. Brockington (1978) faisait remarquer que la psychiatrie ne satisfait pas à l'une des exigences d'une science, à savoir un ensemble de concepts dont les référents sont compris de la même façon par tous; cette observation attire l'attention sur les dangers de supposer que des listes choisies de comportements symptomatiques refléteront fidèlement l'état mental d'un patient.

Selon Fontana et Dowds (1975), on s'entend généralement pour dire que l'issue est multidimensionnelle. Ils fondent cette allégation sur les faibles corrélations qui existent entre les différentes sphères de fonctionnement ainsi que la non-concordance des divers critères appliqués à un même patient. De même, Serban (1975) termine son évaluation de la relation entre l'état mental, le fonctionnement et le stress, d'une

part, et la réhospitalisation des schizophrènes, d'autre part, en affirmant que "l'issue de la schizophrénie devrait être perçue comme un concept multidimensionnel qui dépend de l'interaction de divers facteurs" (Traduction libre).

Certains des travaux les plus poussés, les plus concluants et les plus pertinents sur l'évaluation de l'issue ont été réalisés par Strauss et Carpenter (1972). Ils soulignent notamment que l'issue n'est pas un processus ou un phénomène unique et homogène, mais qu'il s'agit plutôt d'une série de processus semi-indépendants plus facilement perceptibles comme des entités distinctes mais interreliées, les principales étant les relations sociales, l'emploi, l'atténuation des symptômes et la durée de l'hospitalisation. Ils ajoutent qu'il est tout à fait possible de voir un schizophrène avoir des difficultés de fonctionnement à l'intérieur d'un système tout en fonctionnant très bien dans un autre et que le traitement peut avoir des effets différents sur les divers paramètres de l'issue car, bien qu'ils soient interreliés, chaque système a ses propres déterminants et mécanismes. Pour sa part, Leff, comme nous l'avons déjà vu, pousse ce raisonnement encore plus loin et considère que même une sommation des manifestations psychotiques serait trompeuse.

Ces vues s'écartent radicalement de celles de nombreux chercheurs qui s'étaient contentés de totaliser allègrement tous les résultats, technique qui a pour effet de traiter tous les indicateurs ou les comportements comme s'ils avaient une importance identique et comme s'ils procédaient de phénomènes mentaux de même nature. Lorsqu'on considère cette étude de l'issue ou toute autre étude semblable, il semble important d'appliquer le principe selon lequel les types d'informations à recueillir dans une telle étude sont tous aussi compliqués et multisystémiques que les phénomènes humains réels qu'ils représentent. Voilà la nature de l'entreprise.

Brockington admet que des définitions opérationnelles sont "un pas dans la bonne direction", point de vue conforme au présent exercice qui consiste à utiliser des définitions du comportement fondées le moins possible sur une interprétation, une opinion ou un jugement subjectif, et à faire des observations aussi précises qui possible, évidentes et descriptives des comportements réels.

En résumé, le principal instrument de l'étude était un inventaire fortement axé sur les fonctions, complété par un indicateur de la symptomatologie fondé sur le jugement et l'évaluation faite par les patients de leur état. En outre, l'échelle d'auto-évaluation de l'adaptation sociale de Weissman* servait principalement à contrôler la validité concurrente de l'échelle ainsi que comme mesure supplémentaire des sentiments de détresse ou de bien-être des patients.

Les premières données fournies par l'inventaire étaient une série de scores pour chaque paramètre, lesquels étaient groupés dans les catégories "Capacité de travailler" (6 paramètres), "Soins personnels" (4 paramètres), "Autonomie" (7 paramètres), "Rapports sociaux" (4 paramètres) et "Sentiment actuel de bien-être" (4 paramètres). À un certain moment au cours de l'entrevue, on a demandé au patient ce qu'il faisait durant la matinée, l'après-midi et la soirée (dans ce dernier cas, on demandait deux réponses). Les réponses à ces questions ouvertes figurent à l'annexe D. À partir de celles-ci, on a établi des indices de socialisation et d'activité physique, comme on peut le voir dans

---

* Après entente avec les autorités locales aux endroits où avait lieu l'étude, il a été décidé de ne pas utiliser les parties de l'échelle d'auto-évaluation qui portaient sur les fonctions sexuelles.

cette annexe. L'indice de socialisation a été utilisé comme paramètre dans le score global pour la catégorie "Rapports sociaux" tandis que le score pour l'activité physique a été conservé comme score distinct. En outre, on a obtenu la mesure individuelle de la "Symptomatologie" (fondée sur les travaux de Strauss et Carpenter), la cote donnée à chaque patient étant fondée sur une évaluation faite de concert avec le chercheur principal et un psychiatre.

On a additionné, sans pondération, les scores bruts obtenus pour les groupes de paramètres, afin d'obtenir des scores globaux. Dans le cas du score global obtenu pour la catégorie "Capacité de travailler" on souhaitait intégrer tous les patients et même les ménagères qui normalement ne travailleraient pas. Etant donné qu'on pouvait coter moins de paramètres (trois), une évaluation de la "Capacité de s'acquitter de tâches domestiques" pour ces patients n'avait pas la même étendue que l'évaluation de la capacité de travailler à l'extérieur, et les cotes retenues ont été placées au milieu de l'échelle. Cette façon de noter semblait conforme à la réalité, c'est-à-dire que pour réussir très bien ou très mal dans une situation de travail à l'extérieur, il fallait avoir un niveau de compétence ou d'incompétence supérieur à ceux qu'on retrouve dans les responsabilités domestiques. Pour les ménagères ainsi notées, l'effet a été de les regrouper plus étroitement autour de la médiane, et d'atténuer les effets aux deux extrémités.

Enfin, les totaux de même que les scores pour les "Symptômes" et "l'Activité physique" ont été additionnés pour donner un score global. Etant donné qu'on avait additionné des paramètres très vastes, ce score était très étendu, les écarts entre les scores globaux finals atteignant 100 points, dans certains cas. Ces scores globaux ont été regroupés et ramenés à des dimensions plus étroites et plus faciles à manier, ce qui

a eu pour effet de diminuer la variance extrême tout en assurant que les divers points de l'échelle aient une valeur significative.

En plus des mesures de l'issue, on a recueilli des données sur les circonstances personnelles des patients. Les quatre catégories sociologiques dans lesquelles nous avons classé les sujets selon le niveau de vie, le niveau d'instruction et la profession principale de la famille, en plus du revenu, correspondent grossièrement aux quatre types de familles suivants :

Niveau 1 - Famille riche (3)

Niveau 2 - Famille de professionnels, formation universitaire (46)

Niveau 3 - Famille d'artisans, de petits commerçants et entrepreneurs ou d'hommes de métier (105)

Niveau 4 - Couche sociale inférieure, niveau de vie très bas (28)

La société canadienne étant beaucoup moins rigide, moins cloisonnée et plus égalitaire que d'autres sociétés, nous avons choisi de ne retenir que quatre niveaux, et ces catégories sont beaucoup moins hermétiques que leurs pendants dans la plupart des autres pays.

Problèmes inhérents à une étude rétrospective

Une difficulté méthodologique évidente pour toute étude rétrospective est l'absence d'un ou de plusieurs indices de référence comparables du fonctionnement avant le traitement. Pour cette raison, nous avons réfléchi à l'opportunité d'une étude rétrospective. Toutefois, les difficultés pratiques inhérentes à la réalisation d'une étude prospective nous ont détournés d'un tel projet car ce type d'étude

aurait exigé beaucoup trop de temps. Les premiers travaux en ce sens ont abouti à une estimation de la survenue initiale d'au plus, dix sujets convenables, respectueux du régime thérapeutique et non mobiles, dans chaque région, sur des populations d'environ 200 000. Si l'on avait alloué une période de deux ans pour que les services thérapeutiques aient un certain impact sur la vie du patient, la phase des évaluations de post-observation aurait été reportée à six ou sept ans dans le futur. En outre, on s'inquiétait du fait que, comme dans toute étude prospective, il existe toujours la possibilité que la subjectivité d'un observateur influe sur le traitement. (Cette éventualité est plus marquée dans le cas des malades mentaux que chez les malades dont le trouble est purement physiologique.)

Parce que les études prospectives sont très coûteuses et exigent beaucoup de temps, on s'entend généralement pour restreindre leur utilisation à la vérification, de façon très précise, des résultats des études rétrospectives. On s'attend à ce que la présente étude apporte une contribution importante à la recherche dans le domaine en fournissant certains indicateurs en vue des essais prospectifs futurs.

Afin que les groupes de sujets soient comparables, on a défini scrupuleusement comme schizophrènes les groupes de patients à chaque endroit conformément au consensus actuel relatif à l'application des termes diagnostiques. Pour ce faire, on a essentiellement appliqué aux données figurant dans le dossier du patient des critères fondés sur les études entreprises par Spitzer, Endicott et Bland, comme il a été discuté antérieurement. Ces critères ont été établis de façon à éliminer d'autres troubles, comme les troubles mentaux organiques, qui peuvent donner lieu à des symptômes semblables à ceux qui sont associés aux troubles schizophréniques, et aussi de façon à distinguer entre les

troubles schizophréniques et d'autres entités diagnostiques importantes, comme les troubles affectifs ou les troubles névrotiques. Le rapport publié par l'Organisation mondiale de la Santé (1979) portant sur une vaste étude multinationale des profils de syndromes de malades schizophrènes a conclu qu'il est maintenant possible d'utiliser de telles techniques pour classer les phénomènes cliniques de façon standardisée, favorisant ainsi une meilleure compatibilité entre des groupes de patients.

Les études épidémiologiques, comme celle réalisée par l'OMS, indiquent que l'incidence de la schizophrénie est relativement constante dans le temps et chez les divers groupes culturels. Pour reprendre les mots de Dunham, "la classe sociale ne semble pas un facteur causal de la schizophrénie, mais c'est plutôt la schizophrénie qui semble être un facteur déterminant de la classe sociale". (Dunham, 1977, trad. libre)

Dans l'étude en cours, les critères de recherches utilisés pour la sélection et l'épuration de l'échantillon des sujets devant participer à l'étude ont été conçus dans le but de définir et de comparer des groupes de sujets comparables dans les différentes provinces du pays. A priori, on peut supposer que toute différence flagrante notée dans le bien-être et l'état des groupes aux divers endroits était attribuable à des différences dans l'ensemble de l'intervention thérapeutique, des services de soutien, des ressources et de l'environnement caractéristiques de chaque endroit.

Étant donné l'hétérogénéité des variables en cause, il était normal que l'analyse fasse appel à plusieurs approches, notamment la vérification des moyennes à l'aide du test t de Student, la catégorisation différentielle par le khi carré, les associations entre les variables au

moyen des corrélations de Pearson et le calcul de la contribution à la variance au moyen d'une analyse pas à pas utilisant une analyse de régression multiple de certaines variables choisies.

A ces méthodes d'analyse, est venue s'ajouter l'analyse de la fonction discriminante qui a fourni des commentaires supplémentaires relativement à l'homogénéité des systèmes.

CHAPITRE 4 - LES RÉSULTATS

Première partie - Sexe et conditions de vie

a) Incidence

Le tableau 3 indique les nombres et les pourcentages de patients de chaque sexe appartenant aux différents groupes d'âge entre 20 et 50 ans et plus. Étant donné qu'on souhaitait choisir le patient adulte par opposition à l'enfant, on a fixé une limite d'âge minimal de 17 ans au moment de la sélection initiale, ce qui signifiait qu'en pratique, au moment de l'entrevue, peu de patients étaient âgés de moins de 18 ans. En outre, puisque les problèmes posés par les personnes âgées et les services qu'ils requièrent apportent de nouvelles dimensions à l'étude des soins, on a fixé une limite d'âge supérieure de soixante-trois ans.

TABLEAU 3
Nombre de patients de chaque sexe par groupe d'âge
Groupes d'âge

Nombre Pourcentage	20	20-29	30-39	40-49	50+	Tous âges
Hommes	3 2,75	56 51,38	22 20,18	20 18,35	8 7,3	109 100,00
Femmes	4 5,48	17 23,29	21 28,77	14 19,18	17 23,3	73 100,00
Deux sexes	7 5,48	73 40,11	43 23,63	34 18,68	25 13,7	182 100,00

On note que 54,2 p. 100 des patients de sexe masculin et 28,8 p. 100 des patients de sexe féminin interviewés avaient moins de 30 ans. Chez les plus de 40 ans, la situation est inversée, avec 25,7 p. 100 d'hommes et 42,5 p. 100 de femmes. Les différences de sexe, en nombre, entre le groupe des personnes dans la vingtaine et celui des personnes âgées de 50 ans et plus sont significatives à $p < ,001$. Étant donné que dans les critères de l'étude, on avait fixé des limites en ce qui concerne le nombre d'années depuis le diagnostic, cette distribution sexe-âge reflète les différences dans les taux d'incidence liés à l'âge.

Ces différences qu'on retrouve entre les deux sexes sur le plan de l'incidence liée à l'âge confirment les données indiquant une survenue plus tardive chez les femmes (Hartman et Meyer, 1969, Forrest et Hay, 1973, Bland, 1977, Kramer, 1978). Elles sont également notées par Seeman (1982) dans son analyse des effets propres au sexe, et surtout des fluctuations des taux d'oestrogène qui semblent influer sur l'âge de survenue chez les femmes.

Cependant, on ne retrouve pas, de façon générale, dans la documentation, cette plus forte proportion d'hommes observée dans la présente étude. Cela est peut-être en partie dû à la limite de 60 ans appliquée au dépistage, mais comme on n'avait pas relevé dans la documentation de taux élévés de schizophrénie tardive, c'est-à-dire au-delà de 50 ans, il est peu probable que cette artéfact ait eu un effet important. En guise de contrôle ultérieur de cet effet, on a calculé les rapports hommes/femmes dans les provinces où les âges moyens étaient les plus élevés et les plus faibles. On n'a trouvé aucune différence significative dans ces rapports, ni entre ces provinces ou par rapport à l'ensemble du groupe des patients. Un facteur beaucoup plus puissant et probable est

l'effet de la sélection par l'application de critères diagnostiques de recherche (C.D.R.). Cela avait notamment pour effet d'exclure les troubles qui semblaient davantage de nature affective ou névrotico-hystérique que schizophrénique. Dans le groupe exclu, les femmes étaient surreprésentées dans un rapport de 1,37 à 1.

L'attrition considérable du groupe, en particulier des femmes, par suite de l'application des C.D.R. fait ressortir l'importance de préciser les pratiques de sélection utilisées lorsqu'on cite des estimations de l'incidence ou de la prévalence de troubles schizophréniques.

Même dans les cas où l'on n'a pas appliqué les critères diagnostiques de recherche, on retrouve dans la littérature certaines données qui indiquent l'existence de différences dans les taux d'incidence pour les deux sexes. Kramer (1978), dans son analyse des taux d'incidence chez les malades traités dans le comté de Monroe (New York), a rapporté que le taux d'incidence des malades traités ajusté selon l'âge dans le cas des hommes (blancs) était de 1,40 fois supérieur à celui des femmes (blanches), ce qui donnait des probabilités de souffrir de schizophrénie de 4,8 et 3,9 pour les deux sexes. Il faut noter que ces taux sont fondés sur des diagnostics consignés sur toute l'étendue du comté, sans aucune tentative de raffiner le groupe diagnostique par l'application de critères de recherche. Comme nous l'avons vu, la présente étude indique que de telles techniques d'épuration ont surtout pour effet de réduire la prévalence chez les femmes. Par conséquent, l'incidence différentielle est peut-être encore plus marquée que celle relevée par Kramer.

TABLEAU 4
État matrimonial des patients selon le sexe

Nombre Pourcentage	Marié(e) ou en union libre	Déjà marié(e)	Divorcé(e)/ Séparé(e)/ Veuf(ve)	Personne seule	Toujours célibataire	Totaux
Hommes	18		13		78	109
	16,5%		11,9%		71,6%	100%
		31		91		
		28,4%		83,5%		
Femmes	37		14		22	73
	50,7%		19,2%		30,1%	100%
		51		36		
		69,9%		49,3%		
Totaux	55		27		100	182
	30,2%		14,8%		54,9%	100%
		82		127		
		45,1%		69,8%		

Le tableau 4 donne l'état matrimonial des patients interviewés. Les chiffres ont été compilés pour montrer les différences entre les sexes en ce qui concerne les patients vivant avec un conjoint, qu'ils soient légalement mariés ou non, et les patients déjà mariés ou seuls.

Il semble que les femmes schizophrènes soient beaucoup plus portées à vivre avec un conjoint que leurs pendants masculins : dans notre échantillon, le rapport était de 2,5 contre 1. Les données indiquent également qu'on les retrouve plus souvent vivant dans une forme d'union quelconque, le rapport étant de 1,7 contre 1.

Ces différences sont significatives et concordent avec d'autres données (ci-dessous) qui indiquent que la proportion des patients vivant avec un membre de la famille était généralement plus élevée parmi les femmes que chez les hommes.

De telles différences sur le plan de la situation matrimoniale sont également signalées dans la documentation, et Farina et coll. (1963) ont écrit que, bien qu'elles soient passives et distantes, les femmes schizophrènes peuvent généralement se marier plus facilement que les schizophrènes de sexe masculin parce que le rôle qui leur est dévolu au cours de la période des fréquentations correspond davantage aux caractéristiques schizoïdes. Un autre facteur qui découle des différences dans l'âge de la survenue signalées précédemment est que, puisque l'âge de survenue est inférieur chez les hommes, ils ont moins tendance à se marier.

b) Conditions de vie

On a observé d'autres différences entre les sexes sur le plan du logement, du revenu familial moyen et du niveau socio-économique. Ces données sont décrites et compilées à l'annexe C. Les principaux résultats, tous significatifs, sont les suivants :

79 p. 100 des patients de sexe féminin habitaient avec d'autres membres de leur famille tandis que cette proportion n'était que de 55 p. 100 chez les hommes.

Des 58 femmes qui habitaient avec des membres de leur famille, 37, soit 64,9 p. 100, étaient avec un conjoint. Parmi les hommes qui vivaient avec des membres de leur famille, 18 sur 60 vivaient avec un conjoint, ce qui donne une proportion de 30 p. 100. Cela s'explique par le fait qu'un nombre plus important de jeunes hommes vivent chez leurs parents.

On trouvait généralement plus d'hommes vivant dans des cadres résidentiels non familiaux, la surreprésentation étant de l'ordre de 38 contre 6.

Une plus forte proportion de femmes vivaient à domicile tandis qu'un plus fort pourcentage d'hommes se trouvaient dans des centres d'hébergement. Si l'on soustrait les 27 personnes (20 hommes et 7 femmes), qui vivaient encore chez leurs parents, la différence selon le sexe devient beaucoup plus marquée.

Les hommes occupaient le plus souvent un logement d'une pièce et, en général, les femmes jouissaient d'une qualité de logement supérieure, quel que soit le critère utilisé, à savoir le type de résidence ou le statut du patient par rapport à la résidence (propriétaire par opposition à locataire).

Les femmes vivaient dans des situations où le revenu du ménage était plus élevé que celui de leur pendant masculin. Chose intéressante, on remarque qu'un nombre très élevé (48,6 p. 100) d'hommes se situaient au niveau de revenu le plus bas, ce qui en pratique signifie qu'ils recevaient de l'aide sociale. Seulement 20,5 p. 100 des femmes se retrouvaient à ce niveau. Comme nous l'avons déjà noté, 20 hommes et 7 femmes vivaient chez leurs parents; c'est donc dire que le revenu du ménage reflétait la capacité de gain des parents. Si ces jeunes n'étaient pas inclus, les différences de revenu selon le sexe atteindraient des seuils de confiance plus élevés.

La distribution dans les diverses couches sociales n'a pas non plus fait ressortir de différences significatives entre les deux sexes. Dans les deux cas, il y avait très peu de patients au niveau supérieur, la majorité se trouvant au troisième niveau, c'est-à-dire celui des ouvriers qualifiés.

Un niveau de revenu supérieur pour le ménage était associé au fait de vivre avec la famille, ce qui est tout à fait normal étant donné que les membres de la famille élèvent le niveau de revenu au-delà du niveau

que représente la capacité de gain personnel des patients. En général, les femmes semblent davantage bénéficier de cette situation. En outre, les patients de sexe masculin ayant des perturbations fonctionnelles marquées semblent à la fois avoir un revenu personnel peu élevé et se retrouver dans un centre d'hébergement quelconque, en dehors du milieu familial.

Examen des différences entre les sexes

En règle générale, les patients semblaient bien logés, même ceux dont le niveau de revenu était très bas. Les données laissent entrevoir une différence intéressante entre les deux sexes, à savoir que plus de femmes vivent avec un conjoint, dans une maison, avec des membres de leur famille, qu'elles bénéficient d'un logement de meilleure qualité et que le ménage dont elles font partie a un niveau de revenu supérieur. Pour leur part, les schizophrènes de sexe masculin vivent le plus souvent seuls, dans divers types de centres d'hébergement, et ont un niveau de revenu plus faible. Ces différences portent à croire que la femme schizophrène est plus souvent protégée par la famille, notamment le conjoint, de la pauvreté et des mauvaises conditions de vie que son pendant masculin. Phénomène intéressant, cela s'oppose à l'image populaire de la femme en situation difficile éprouvant de plus grandes difficultés ou souffrant davantage de la pauvreté; en effet, la femme schizophrène jouit en général d'un niveau de vie plus élevé que le schizophrène de sexe masculin. Chez l'homme adulte, la capacité de gain qui lui permet de vivre ou de faire vivre sa famille est souvent la sienne propre, ce qui explique que ses conditions de vie soient plus humbles que celles de la femme schizophrène à la charge de sa famille.

Ces différences se sont retrouvées dans l'ensemble du groupe, ce qui englobe les jeunes qui vivent chez leurs parents (20 hommes et 7 femmes). De toute évidence, pour ces patients, c'est le niveau de vie et le revenu de leurs parents, plutôt que leur propre capacité de gain, qui détermine le niveau de vie du ménage. La prépondérance des hommes dans ce groupe (27 p. 100 contre 14 p. 100) masque et atténue les différences observées entre les deux sexes.

Un aspect intéressant des données est l'absence de concordance entre la distribution sexe-revenu et la distribution sexe-couche sociale. Dans ce dernier cas, où l'attribution à un niveau était fondée non seulement sur le revenu mais sur les antécédents familiaux, le niveau de vie et le degré d'instruction, il n'y avait pas de différence significative entre les sexes, contrairement à ce qu'on pouvait observer pour les niveaux de revenus. On peut considérer que ce phénomène vient appuyer la théorie de la dérive sociale, selon laquelle, tout au long de sa vie, le schizophrène dérive vers des couches socio-économiques inférieures. Les données indiquent que ce phénomène est davantage caractéristique du sujet masculin, ce qui fait ressortir une autre facette de la "protection" dont jouissent les femmes schizophrènes.

En résumé, les données relatives aux conditions socio-économiques et aux conditions de vie qu'on retrouve dans cette étude portent à croire que, parce que l'âge de survenue est plus tardif chez elle et parce qu'elle a plus de chance de former un couple stable, la femme schizophrène semble jouir d'une certaine protection qui confère l'avantage d'un niveau de revenu supérieur, d'une meilleure qualité de logement et d'un risque réduit de se retrouver dans un centre d'hébergement.

Différences systémiques dans les conditions de vie des patients

On a recueilli des informations sur de nombreuses caractéristiques du style de vie des patients, à savoir notamment s'ils vivaient en milieux rural ou urbain, s'ils disposaient d'un jardin, de services de transports, avec combien de personnes il partageaient leur logement, etc. Les tableaux de l'annexe D montrent les fréquences globales de ces circonstances dans chaque système. A partir de ces données, on a obtenu un indice composé du logement, lequel indiquait qu'il n'y avait aucune différence globale majeure dans le niveau de logement entre les patients des quatre systèmes. Etant donné l'intérêt particulier que présentent les patients du système 2, ce qui est discuté ailleurs, on a procédé à une analyse des différences spécifiques apparentes entre les conditions de logement de ces patients pour ce qui est des zones rurales/urbaines, logement équipé par opposition à chambre sans installations sanitaires, transport et accessibilité des magasins, entassement. Lorsqu'on a comparé le système 2 aux autres systèmes à l'aide de ces paramètres, on n'a observé une différence significative que sur le plan de l'accessibilité du transport, différence qui n'a pas dépassé le seuil de probabilité de 0,04 au test t.

Deuxième partie - Les soins

Les données relatives aux soins proprement dits ont été compilées et figurent dans l'annexe E. Voici les points saillants qui ressortent de cette compilation.

a) Aiguillage

Les modes d'aiguillage vers les services psychiatriques différaient selon les endroits. Par exemple, si l'on compare les systèmes ayant respectivement la plus forte et la plus faible proportion de cas où la famille ou le sujet lui-même était à l'origine de l'orientation vers les services psychiatriques (systèmes 1 et 4), la différence a atteint le seuil de signification au niveau $p < 0,001$. Si, par ailleurs, on prend tous les cas adressés par les services médicaux (omnipraticiens, hôpitaux et cliniques), la différence la plus marquée dans les proportions se retrouve également entre ces deux mêmes systèmes, le système 1 ayant un taux d'orientation par les services médicaux de 19,6 p. 100 tandis que dans le cas du système 4, ce taux s'établit à 86,4 p. 100; encore une fois la différence atteint le seuil de signification au niveau de $p < 0,001$. Dans l'ensemble, c'était la famille ou le sujet lui-même qui était à l'origine de l'orientation vers les services psychiatriques et, à chaque endroit, la proportion des cas ainsi orientés était en relation inverse avec la proportion des cas orientés par des services médicaux. Comme on pouvait s'y attendre, l'omnipraticien est le professionnel qui participe le plus au processus d'orientation dans tous les systèmes.

b) Evaluation/diagnostic

Comme on peut le voir d'après les dossiers des patients, dans la très grande majorité des cas, le psychiatre procédait seul à l'évaluation et au diagnostic, et cela dans tous les systèmes. Le système 1 avait la plus forte proportion de cas évalués et diagnostiqués par plus d'un professionnel, soit 28,2 p. 100 des cas, tandis que le système 2 avait la proportion la plus faible, avec 10,8 p. 100 des cas, mais la différence n'était pas significative.

Si l'on totalise les interventions d'autres groupes de professionnels, ce sont les infirmières qui figurent au premier rang avec un total de 16 diagnostics ou 9,4 p. 100 des cas, suivies des travailleurs sociaux avec 13 diagnostics ou 7,6 p. 100 des cas, et des psychologues avec 9 diagnostics ou 5,3 p. 100 des cas. Le rang tenu par les psychologues est quelque peu étonnant étant donné qu'on s'attend généralement de ceux-ci qu'ils jouent un rôle important dans l'évaluation et le diagnostic. Il semble bien que dans le cas de la schizophrénie, le psychologue ne joue pas un rôle de premier plan dans l'évaluation et le diagnostic.

c) Méthodes thérapeutiques

La chimiothérapie était la principale méthode thérapeutique utilisée dans tous les endroits, comptant pour 51,2 p. 100 de toutes les thérapies appliquées. On l'avait employée dans 98,9 p. 100 des cas pour soigner l'épisode le plus récent, dans 94,5 p. 100 des cas pour l'avant-dernier épisode et dans 94,7 p. 100 des cas pour le premier épisode. On

n'a noté aucune différence entre les systèmes pour ce qui est du traitement selon les épisodes, mais la situation change quelque peu lorsqu'on regarde les données concernant la médication utilisée actuellement (voir plus loin, p. 60).

Avec le temps, certaines modifications sont apparues dans les pratiques thérapeutiques. Mais le fait que le pourcentage des interventions chimiothérapeutiques ait été systématiquement élevé indique que cette modalité fondamentale n'est pas sujette aux fluctuations observées dans d'autres formes de thérapies. La milieuthérapie* en tant que modalité thérapeutique est de moins en moins utilisée tandis que le recours aux électrochocs a varié selon les systèmes, étant moins courant qu'auparavant dans les systèmes 3 et 4, mais demeurant constant dans les deux autres.

d) Thérapeute principal

Psychiatres et infirmières ont joué un rôle prépondérant auprès de cette catégorie de malades, avec 83,7 p. 100 des interventions (43,3 p. 100 dans le cas des psychiatres et 40,4 p. 100 pour les infirmières). A l'instar de ce qui avait été observé sur le plan de l'évaluation et du diagnostic, les psychologues ont joué un rôle de troisième plan dans le traitement de ces patients.

---

* La milieuthérapie, fondée sur le concept d'une communauté thérapeutique, est souvent utilisée pour désigner simplement une période d'hospitalisation.

Dans le système 4, on a observé un recours massif aux psychiatres; par rapport aux systèmes 1, 2 et 3, la différence a atteint le seuil de signification au niveau de $p < 0,001$. Par rapport au rôle joué par les infirmières dans les systèmes 2 et 4, l'intervention plus fréquente de celles-ci dans les systèmes 1 et 3 atteignait un seuil de probabilité de $p < 0,001$. En outre, seul le système 3 comptait des omnipraticiens comme thérapeutes principaux, avec 16 p. 100 des interventions. Cette dernière différence est sans doute due au fait que, dans ce système, la moitié de la population doit faire appel à des psychiatres qui se rendent sur place une fois par semaine plutôt qu'à des professionnels implantés dans la communauté.

Le rôle prépondérant joué par les psychiatres et les infirmières auprès de ce type de malades est peut-être attribuable à deux causes : premièrement, la conviction partagée par beaucoup de psychiatres que la schizophrénie est relativement facile à diagnostiquer et, par conséquent, qu'il n'est pas nécessaire de faire appel à d'autres disciplines et, deuxièmement, le fait qu'on ait généralement besoin de mesures biologiques, tant durant les épisodes aigus que pendant les périodes de stabilité.

e) Hospitalisation

Le prochain groupe de données a trait à l'hospitalisation durant les périodes de crise, jusqu'à concurrence des trois derniers épisodes. (La grande majorité des patients n'ont dû être hospitalisés en phase aiguë que trois fois au maximum.) Le tableau 5 indique le nombre et la proportion des patients hospitalisés par système.

TABLEAU 5
Hospitalisation des patients en phase aiguë par système
NOMBRE DE PATIENTS

Nombre Pourcentage	Hôpitaux psychiatriques	Hôpitaux généraux	Tous les hôpitaux	Nombre d'épisodes
Système 1	59 42,5	79 56,8	138 99,3	139 100,0
Système 2	8 10,5	51 67,1	59 77,6	76 100,0
Système 3	52 25,5	91 44,6	143 70,1	204 100,0
Système 4	41 20,1	9 17,6	50 98,0	51 100,0
Tous les systèmes	160 34,0	230 48,9	390 83,0	470 100,0

Comme on pouvait le prévoir, au Canada, les admissions dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux dépassent largement les hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques. Ce phénomène concorde avec les données relevées à l'échelle nationale qui indiquent que le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques a diminué de 87 p. 100 entre 1955 et 1979 tandis que le nombre de lits dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux a augmenté de 81 p. 100 au cours de la même période.

Les différences systémiques qu'on aperçoit dans ce tableau sont la plus faible proportion des admissions durant la phase aiguë dans les systèmes 2 et 3 par rapport aux systèmes 1 et 4, différence qui est

significative au seuil de $p < 0,001$ ($\chi^2 = 57,6$), et le recours très restreint aux hôpitaux psychiatriques dans le système 2, soit 10,5 p. 100 des épisodes contre 39 p. 100 dans tous les autres systèmes. Cette faible utilisation de l'hôpital psychiatrique est conforme à la réduction progressive de l'importance de ce type d'établissement observée au cours des 20 dernières années dans la province où se trouve le système 2.

La distribution du nombre total de jours d'hospitalisation par système, qui englobe à la fois les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux, laisse entrevoir une différence nette entre le nombre moyen de jours d'hospitalisation dans le système 2 et le nombre de jours dans les autres systèmes, cette différence étant significative au seuil de $p < 0,001$. Les données relatives au nombre de jours d'hospitalisation qu'on observe dans le système 3 semblent indiquer que c'est ce système qui en compte le plus, mais le phénomène peut être attribuable au fait que, dans le cas des systèmes 2 et 3, il a été possible de corroborer les chiffres ou d'obtenir des données supplémentaires relatives au nombre de jours d'hospitalisation à l'aide des registres provinciaux. Cela a permis d'obtenir des données plus complètes et plus fiables que celles qui figuraient dans les dossiers individuels, lesquelles représentaient l'unique source de données dans les systèmes 1 et 4. Il est donc probable que dans ces deux derniers cas, le nombre de jours d'hospitalisation soit largement sous-évalué.

On a également procédé au calcul de la durée moyenne du séjour pour la crise aiguë la plus récente. Ainsi, dans le système 2, le séjour moyen était considérablement plus bref, soit 16,05 jours contre 95,86 jours pour les trois autres systèmes combinés. La différence a atteint le seuil de signification au niveau de $p < 0,001$. Il semble que, bien

bien que les patients du système 2 aient fait de nombreux séjours interrompus à l'hôpital, ces séjours ont été beaucoup plus brefs qu'ailleurs et que, quoique le système 2 ne se soit pas distingué singulièrement quant au nombre de périodes d'hospitalisation, le nombre inférieur de jours d'hospitalisation par patient, au total, démontre un recours beaucoup plus restreint non seulement aux hôpitaux psychiatriques, mais à l'ensemble des services hospitaliers. La différence dans le nombre total de jours d'hospitalisation entre le système 2 et les autres systèmes atteint le seuil de signification au niveau de $p < 0,001$.

f) Réadaptation et maintien dans la collectivité

En partant de la prémisse selon laquelle, la schizophrénie étant généralement considérée comme une affection chronique, il devrait exister des programmes de réadaptation ou de maintien prolongé dans la communauté, on a examiné les dossiers dans l'espoir de trouver ce genre de renseignements et l'on a ainsi obtenu des données sur des programmes de soins pendant les phases non aiguës, sur la réinsertion professionnelle ainsi que sur les mesures prises en vue du maintien du patient dans la communauté.

Il va de soi qu'étant donné le caractère unique de chaque patient et du traitement qui lui est réservé, il n'a pas été possible d'obtenir toutes ces données. Il y a sans doute eu des cas où l'organisation du programme de réadaptation s'est déroulée de façon plutôt informelle et rien n'a été consigné dans le dossier. Encore une fois, dans bien des cas, il n'y aurait pas une nette démarcation entre les soins aigus

et la réadaptation, surtout si, comme dans le cas du système 2, on avait moins recours à l'hospitalisation et davantage aux traitements ambulatoires, même pendant les épisodes de crise. Il faut donc lire ces données en tenant compte des deux réserves suivantes : 1) toutes les initiatives en matière de réadaptation n'ont pas nécessairement été consignées dans les dossiers, et 2) les soins n'ont pas été décrits de façon uniforme.

Au tableau 7 de l'annexe E, on peut voir si les conférences sur la planification du programme de réadaptation ont été consignées ou non. Un grand nombre de ces conférences a été rapporté dans le système 3 tandis que dans le système 4, le nombre a été plutôt faible (chaque différence est significative au seuil de $p < 0,001$). Comme nous l'avons déjà noté, il se peut qu'on ait omis d'inscrire certaines données, mais il reste que le fait de tenir une conférence en bonne et due forme et de la consigner est en soi un aspect d'un système de soins.

Il est intéressant de noter les variations observées dans la participation des différents groupes professionnels à la planification de la réadaptation. Comme on pouvait s'y attendre, c'est le psychiatre qui a eu le taux de participation le plus élevé, soit, au total, 38,5 p. 100. Voici les différences intéressantes observées entre les systèmes : la participation prépondérante des psychiatres dans le système 2, le rôle considérable joué par les médecins de famille dans le système 3 et l'intervention des ergothérapeutes dans le système 4. Les travailleurs sociaux, dont on pourrait s'attendre qu'ils jouent un rôle important dans la préparation du congé, ne se sont classés qu'au quatrième rang, leur participation ayant été particulièrement faible dans le système 3, différence inter-systémique qui est significative au seuil de $p < 0,001$.

g) Réinsertion professionnelle

L'aide fournie en vue de la réinsertion professionnelle peut revêtir trois formes principales : évaluation et formation, aide en recherche d'emploi et orientation vers un travail spécial adapté à des capacités réduites, comme dans un atelier protégé. Le lecteur trouvera à l'annexe E le nombre de cas pour chacun de ces volets.

On a observé des différences entre les systèmes sur le plan de l'aide fournie aux patients en vue de leur réinsertion professionnelle, les proportions des cas ayant reçu cette aide variant de 41 p. 100 dans le système 4 à 20 p. 100 dans le système 1. Il existe donc un écart marqué entre les systèmes, la différence entre les valeurs limites étant significative au seuil de $p < 0,01$.

Parmi les trois principaux types d'aide, les emplois spéciaux adaptés aux capacités des patients étaient peu en évidence dans les systèmes 1 et 2. Il va de soi que ces emplois n'ont pas nécessairement un caractère permanent, mais ils peuvent faciliter la transition jusqu'à ce que le patient puisse avoir un emploi normal et ils servent à cette fin dans le système 4. Malgré le grand besoin qu'ont les schizophrènes de retrouver leur stabilité et d'avoir un emploi adapté à leurs capacités, ils semblent dans l'ensemble recevoir très peu d'aide; en effet, c'est seulement dans le système 4 qu'on offre de l'aide à la majorité des patients.

h) Maintien dans la communauté

Une affection schizophrénique de longue durée généralement caractérisée par des épisodes aigus et par des déficiences et des troubles fonctionnels chroniques requiert des interventions prolongées tant sur le plan des soins que de l'appui afin de permettre aux patients de fonctionner dans un environnement normal. Comme nous l'avons noté dans le premier chapitre, les neuroleptiques représentent à cet égard une percée scientifique majeure sur le plan médical car, en atténuant les symptômes plus que tout autre médicament auparavant, ils ont permis aux patients de vivre à l'extérieur des établissements psychiatriques. On peut voir aux tableaux 6 et 7 les types de services et de disciplines utilisés dans les quatre systèmes pour fournir cet appui aux malades vivant dans la collectivité. On a utilisé les dossiers des trois derniers épisodes de soins afin de brosser le tableau le plus complet possible.

TABLEAU 6
Services chargés des soins continus
Pourcentages des interventions mentionnées pour les 3 derniers épisodes
SYSTÈME

	1	2	3	4	Ensemble du groupe
SERVICE	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Consultation externe	14,4	18,1	8,8	44,9	16,0
Omnipraticien	13,5	5,6	19,5	14,3	15,0
Cabinet du psychiatre	36,0	47,2	12,9	16,3	25,1
	64,0	70,8	41,2	75,5	56,1
Clinique ou centre communautaire de santé mentale	28,8	13,9	56,7	12,2	37,1
Service d'aide sociale	0,0	4,2	1,0	2,0	1,4
Progamme de soins infirmiers	0,9	11,1	0,0	0,0	2,1
Autres	6,3	0,0	1,0	10,2	3,3
Tous les services	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre total rapporté	139	89	200	55	483

Les seules différences significatives entre les systèmes étaient le recours supérieur au centre communautaire de santé mentale dans le système 3 et l'existence d'un programme spécial de soins infirmiers à domicile à l'intention des malades mentaux dans le système 2.

TABLEAU 7

Professionnels participant aux soins continus

(2 rapportés, jusqu'à 3 épisodes)

SYSTÈME

	1	2	3	4	Ensemble du groupe avec totaux par discipline
PROFESSIONNEL	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Psychiatre	40,0	60,8	26,1	46,2	36,8
Omnipraticien	14,8	6,9	31,0	37,2	24,4
Total : médecins					61,2
Psychologue	3,2	2,0	0,6	1,3	1,5
Travailleur social en santé mentale	12,3	3,9	5,8	9,0	7,4
Travailleur social d'un service communautaire	5,8	3,9	1,2	0,0	2,5
Total : travailleurs sociaux					9,9
Infirmière en santé mentale	8,4	16,7	33,3	6,4	22,1
Infirmière hygiéniste	13,5	5,9	1,4	0,0	4,7
Total : infirmières					26,8
Conseiller en orientation professionnelle	1,9	0,0	0,6	0,0	0,7
Total : professionnels	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total : nombre rapporté	306	89	200	55	483

Le tableau 10 est une compilation des professionnels qui prodiguent des soins dans la communauté et, comme nous l'avons déjà vu pour un autre volet des soins, les médecins occupent le premier rang avec 61,2 p. 100 des interventions, suivis des infirmières, avec 26,8 p. 100. Encore une fois, les travailleurs sociaux se trouvent loin derrière avec 9,9 p. 100 d'interventions, ce qui est beaucoup plus faible que les médecins pour qui le pourcentage est de 24,4 p. 100.

Les différences entre les systèmes vont dans le sens de contacts relativement plus nombreux avec les psychiatres dans le système 2, les infirmières dans le système 3 et les travailleurs sociaux dans le système 4, toutes ces différences ayant un seuil de probabilité de $p < 0,001$.

i) Médication actuelle

Les médicaments pris par les patients au moment de l'enquête constituaient une variable thérapeutique importante. On n'a pas essayé de recueillir ces données rétroactivement, étant donné qu'il aurait été à peu près impossible d'en déterminer la validité.

Les doses de neuroleptiques prescrites ont été converties en équivalents de chlorpromazine (Cpz) selon le procédé décrit par Kessler (1981) et, en outre, on a recueilli des données sur l'usage, bien que non sur les doses, de tranquillisants et de sédatifs, de mégavitamines et de médicaments pour les affections somatiques. On a aussi obtenu des données sur la période pendant laquelle ces médicaments avaient été prescrits ainsi que sur leur mode d'administration et l'on a tenté de

déterminer dans quelle mesure le patient se conformait à son régime thérapeutique. Les données concernant les patients qui ne prenaient pas les médicaments conformément aux prescriptions n'ont pas été incluses.

Dans l'ensemble, les patients du système 2 prenaient moins de médicaments que ceux des autres systèmes, la différence atteignant un seuil de signification au niveau de $p < 0,001$. Si l'on combine le nombre de patients qui recevaient des médicaments et les doses, attribuant la dose "0" aux patients qui ne prenaient pas de médicaments, la différence entre le système 2 et les autres systèmes devient alors encore plus marquée.

Il faut noter ici une différence systémique en ce qui concerne les médicaments administrés dans le passé. Selon les dossiers médicaux, au cours des phases aiguës, un nombre légèrement supérieur de patients du système 2 ont reçu des médicaments par rapport aux patients dans les autres systèmes. Cet écart témoigne peut-être du fait qu'il existe dans ce système une plus grande variation dans les habitudes de prescription selon l'état du patient et présentera un intérêt particulier dans la discussion qui suivra (pp. 122-123) sur la surveillance de la médication.

j) Homogénéité systémique

On a analysé l'importance des diverses composantes des soins afin de déterminer le degré d'homogénéité des systèmes et les liens éventuels entre les divers volets des soins. Afin d'y arriver, on a regroupé et codé des variables systémiques nominales, comme le type de services ou de professionnels maintenant le contact, selon un continuum représentant

la formation médicale et l'apport de chacun. Certaines variables, comme la quantité de médicaments administrés, avaient un caractère continu tandis que d'autres, comme l'apport fourni ou non par un spécialiste dans une discipline autre que la psychiatrie, étaient plutôt dichotomiques.

On a eu recours à deux méthodes d'analyse. L'identification sur une matrice des corrélations de Pearson significatives entre des variables systémiques et une analyse de la fonction discriminante. Les résultats ont révélé que, lorsque les services de santé et les médecins restaient en contact avec le patient après le traitement, les patients étaient moins susceptibles de recevoir des médicaments ou recevaient moins de médicaments et prenaient généralement davantage leurs médicaments par voie orale, ce qui signifie qu'ils assumaient cette responsabilité (plutôt que de se les faire injecter par quelqu'un). Comme ailleurs, il semble y avoir eu un effet de grappe des patients moins fonctionnels qui font davantage l'objet de conférences, sont plus souvent hospitalisés, sont plus souvent suivis par des personnes n'appartenant pas à la profession médicale et prennent généralement de fortes doses de médicaments. Fait intéressant, l'évaluation par un médecin spécialiste autre qu'un psychiatre est également associée à cette grappe de patients ayant des troubles fonctionnels particulièrement marqués, ce qui indique que nombre de ces sujets ont en général d'autres problèmes de santé en plus de souffrir de troubles psychiatriques.

Comme, par définition, tous les sujets du groupe ont au départ été orientés vers des services psychiatriques, il semblerait que a) les patients qui ont de la difficulté à fonctionner soient en général orientés vers des services de maintien non médicaux ou b) que les patients

suivis par des personnes qui n'appartiennent pas à la profession médicale ou par des services n'ayant pas un caractère médical continuent de recevoir de fortes doses de médicaments pendant des périodes plus longues ou c) que ces deux effets se manifestent. Cette dernière conclusion semble la plus probable et correspondrait aux autres indications dont il est question ailleurs, et en particulier aux comparaisons des patients dont les scores se situent aux deux extrémités de l'échelle ainsi qu'aux caractéristiques particulières du système 2 (voir p. 182).

L'analyse de la fonction discriminante est une façon de démontrer le degré d'homogénéité à l'intérieur du groupe ainsi que l'existence ou l'absence de contrastes entre les groupes par la classification des cas selon des variables typiques au groupe. Dans ce cas, les quatre groupes correspondaient aux systèmes 1, 2, 3 et 4, et les valeurs représentaient les variables systémiques classées et codées.

Si aucun facteur spécifique ne s'était manifesté à l'intérieur des groupes, les cas seraient apparus dans une distribution aléatoire de 25 p. 100 dans les quatre systèmes. En fait, l'appartenance prévue à un groupe a été exceptionnellement élevée, atteignant 100 p. 100 dans le cas des systèmes 2 et 4, 92,9 p. 100 dans le cas du système 1 et 76,2 p. 100 pour le système 3. En dépit des pertes attribuables aux variables manquantes, les niveaux de signification étaient élevés, et le fait que 88,24 p. 100 des cas aient été bien classés indique qu'il y a bel et bien une nette différenciation entre les systèmes.

De ces deux analyses, on peut déduire qu'un système de soins est en fait une entité homogène distincte. Cette entité ou "système" peut ressembler à d'autres systèmes dans une plus ou moins grande mesure, mais, dans un lieu et à une époque donnés, il est probablement unique, ayant été façonné par l'histoire, le milieu socio-culturel, les lois et les ressources financières et ayant bénéficié de l'enthousiasme et de la détermination de certaines personnes qui ont peut-être marqué les pratiques locales ou régionales. Etant donné la nature universelle de la sélection originelle, on peut donc procéder avec un certain degré de confiance à certaines comparaisons entre les quatre systèmes en ce qui concerne les données recueillies relativement aux patients. Néanmoins, bien qu'il soit normal de penser que les systèmes qui se trouvent à l'intérieur d'une province se ressembleront davantage que ceux qui existent dans des provinces différentes, il ne faut pas croire qu'on puisse faire des comparaisons interprovinciales à partir des résultats de l'étude.

k) Opinion du malade concernant les soins reçus

Dans les questionnaires, on a demandé aux patients de nommer la personne à qui ils s'adresseraient s'ils avaient un problème grave. On a consigné les deux premières réponses et on les a compilées dans le tableau 8. Comme on peut le voir, dans la plupart des cas, la personne nommée faisait partie de la famille ou était un(e) ami(e). Sans doute s'agit-il d'une réponse encourageante dans le cas d'un patient qui a suivi un traitement prolongé. Comme la majorité des patients avaient nommé deux personnes, les 41,9 p. 100 de réponses pour cette catégorie reflètent environ 80 p. 100 des cas.

TABLEAU 8
Professionnels et autres personnes à qui s'adressent les patients en cas de crise

Pourcentage des mentions
SYSTÈME

Professionnel	1	2	3	4	Ensemble du groupe
	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Psychiatre	23,6	15	18,9	44,0	22,5
Omnipraticien	13,9	5,0	12,2	4,0	10,6
					33,1
Psychologue	1,4	0,0	0,0	0,0	0,4
Travailleur social	8,3	5,0	6,6	4,0	6,6
Infirmière	5,5	12,5	23,3	4,0	13,7
Famille/ami(e)	41,6	62,5	32,2	44,0	41,9
Conseiller en orientation, ergothérapeute, etc.	5,5	0,0	6,6	0,0	4,4
Total mentionné	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre total consigné	72	40	90	25	227

Conformément aux données qu'on a trouvées dans les dossiers concernant le rôle prédominant joué par le médecin, puis par les infirmières, les professionnels nommés comme personnes-ressources en cas de crise figurent au même rang. Les travailleurs sociaux ont été mentionnés rarement par les patients tandis que les psychologues n'ont presque jamais été indiqués. Une caractéristique intéressante du tableau qui ne concorde pas avec le classement général des professionnels dans les dossiers est la juxtaposition du psychiatre et de la famille ou d'un(e) ami(e) dans le système 2. Si dans le système 2, les psychiatres sont apparus surtout comme les professionnels qui facilitaient le maintien des patients dans la communauté, ils n'ont pas été mentionnés fréquemment comme personnes-ressources par les patients du système 2 qui ont plutôt déclaré qu'ils se tourneraient vers des membres de leur famille ou des amis. Il ne semble pas que les psychiatres du système 2 aient créé une dépendance excessive chez leurs patients. Ces données sont également intéressantes du point de vue de l'intérêt qu'exprime le patient à l'égard du traitement, question qui sera maintenant abordée.

Point de vue du malade en ce qui concerne le programme thérapeutique

En guise de commentaire final sur le système de soins, voici quelques observations de patients sur leur propre expérience.

On a posé aux patients les questions : 1) "Que pensez-vous du traitement que vous avez reçu à.... (hôpital, clinique, médecin)?" et 2) "Y a-t-il quelque chose qui aurait dû être fait différemment?"

Les réponses à ces questions ont été consignées et, une fois le travail sur le terrain terminé, les réponses de l'ensemble du groupe ont été cotées sur une échelle de satisfaction à neuf points.

Voici quelques exemples de réponses fournies par les patients :

Quelques réponses textuelles aux questions concernant la satisfaction des patients.

- Assez bon; les infirmières sont plus utiles que les médecins.
- Je détestais le service clinique, j'ai une peur mortelle d'y retourner.
- Le docteur X est un homme génial.
- Les psychiatres font un bon travail.
- Les électrochocs, ça pouvait aller, mais je n'aimais pas les psychiatres.
- Le traitement était excellent, je préférais (le psychologue chargé de l'orientation professionnelle) au psychiatre.
- Tout le système de soins psychiatriques n'est que de la foutaise. Le médecin parlait à tort et à travers. Les psychiatres posent des questions stupides.

- Tout est terrible. Cela n'a pas aidé. Les électrochocs étaient inutiles. Les mégavitamines n'ont aucunement aidé. J'ai aimé le traitement dans la clinique au Dakota du Nord.
- Le docteur X à Y est terrible. Ses services coûtent les yeux de la tête.
- J'avais l'impression d'être un rat de laboratoire. Les médicaments sont mieux que l'hôpital.
- J'ai trouvé le service clinique à l'hôpital Z très déprimant, mais le personnel faisait son possible. Je n'aimais pas les médecins qui étaient des étudiants étrangers. Ma femme avait de la difficulté à obtenir de l'information de l'hôpital.
- Je me sentais comme un prisonnier à l'hôpital A. Je préfère l'hôpital B, l'atmosphère est plus agréable. Je n'aime pas les psychiatres.
- L'hôpital C est excellent, je me sentais mieux.
- La clinique D est excellente, je suis très satisfait. Je préfère le travailleur social au psychiatre.

On n'a pas noté de différences marquées selon les systèmes dans l'évaluation générale faite par les patients de leur satisfaction mais, quoi qu'il en soit, l'analyse des cotes données ainsi que les réponses proprement dites montraient des variations si importantes à l'intérieur d'un même système que toute tentative de comparaison entre les systèmes devenait impossible. En fait, dans la même ville, un patient peut ne pas tarir d'éloges à l'égard de l'hôpital X et critiquer sévèrement l'hôpital Y tandis qu'un autre patient aurait une opinion tout à fait contraire, ce qui indique que l'évaluation des services psychiatriques par les consommateurs doit être considérée avec réserve comme mesure de la valeur de l'établissement.

Du point de vue méthodologique, il faut noter que c'est dans le système 4 qu'on a relevé la cote moyenne la plus élevée, bien que l'écart ne fût pas significatif. Comme nous l'avons noté précédemment, à cause des obstacles qui s'opposaient à la participation des sujets, il est possible que le groupe ait été plus disposé à se conformer et à collaborer avec les autorités médicales (perçues), supposition qui concorde avec le plus grand nombre de réponses positives en ce qui concerne la satisfaction.

De façon générale, dans toutes les comparaisons portant sur les divers professionnels, les psychiatres étaient détestés et critiqués. En outre, le principal déterminant de la préférence était la gentillesse du personnel par opposition à l'indifférence et à l'omission de fournir des renseignements utiles. De toute évidence, l'évaluation faite par les patients du traitement qu'ils avaient reçu témoignait de la chaleur qui avait caractérisé leurs relations avec les personnes qui leur avaient prodigué des soins. Le fait que les psychiatres aient souvent été perçus comme froids et peu disposés à renseigner le patient peut être attribuable au rôle du médecin en tant qu'administrateur de cas et figure d'autorité, à un rapport médecin-malade inspiré du rôle médical traditionnel ou au fait que le personnel soignant d'origine étrangère (perçu négativement) était, à ces endroits, essentiellement composé de médecins.

Troisième partie - Mesures de l'issue du traitement d'après l'inventaire interprovincial

Puisque, comme on l'a souligné dans les premiers chapitres, la batterie impressionnante de tests et d'échelles d'évaluation de la santé et des troubles psychologiques ne permet pas de déterminer directement la capacité des malades chroniques de vivre de façon autonome dans la collectivité, il a été décidé d'obtenir des mesures concrètes des capacités fonctionnelles qui seraient utilisées dans l'évaluation de l'état du malade au moment de l'entrevue.

Donc, plutôt qu'un questionnaire, on a mis au point l'inventaire de données qui figure à l'annexe B. Cet inventaire a été conçu pour fournir des mesures de l'issue qui soient autant que possible concrètes, évidentes et indépendantes du jugement tant de l'évaluateur que du malade. Comme il est décrit dans le chapitre 2, tous les points ont permis d'établir des scores pour la capacité de travailler, les soins personnels, l'autonomie et les rapports sociaux. Ces mesures, ajoutées à celles de "l'absence de symptômes" et de "l'activité physique" ont été réunies en un score global du fonctionnement général. L'annexe F présente les scores des malades pour ces mesures.

Dans la majorité des cas, les scores relatifs à la capacité de travailler montrent que les malades sont capables de fonctionner au travail. Dans 19 cas, où les femmes étaient maîtresses de maison et s'attendaient normalement à jouer ce rôle, on a établi, à partir de l'inventaire de données, un score relatif à la "compétence domestique" que l'on a utilisé pour noter la capacité de travailler. Les malades du système 2 ont obtenu un score moyen plus élevé que les malades des autres systèmes relativement à cette mesure, mais cette différence ne s'est pas révélée significative aux tests statistiques. On n'a pas non

plus constaté de relation entre les services de réadaptation professionnelle dispensés et la capacité de travailler. L'analyse des données brutes semble plutôt indiquer que les malades qui ont bénéficié de services de réadaptation professionnelle fonctionnaient mal dans l'ensemble et, si tel est le cas, cette constatation ne contribue pas à démontrer l'efficacité de ces services.

L'autre observation qu'on peut faire au sujet des mesures de la capacité de travailler se rapporte à la distribution bimodale des scores, tant pour les malades de chaque système que pour l'ensemble du groupe, ce qui laisse supposer que la plupart des malades fonctionnent soit "plutôt bien", soit "plutôt mal" au travail.

Les scores relatifs à l'autonomie sont fondés sur des mesures du degré d'indépendance du malade par rapport à certaines activités "normales" de notre société comme les transactions bancaires, la conduite d'une voiture et les décisions qui ont trait à sa vie personnelle. La distribution des mesures laisse voir une asymétrie en faveur des scores élevés. Bien que le score moyen des malades du système 2 fût plus élevé que celui des autres, la différence n'était pas significative.

Les scores relatifs aux soins personnels ont été établis à partir d'activités élémentaires auxquelles seuls des malades ayant des capacités fonctionnelles très réduites seraient censés obtenir des notes très faibles (voir l'annexe B). Il ne faut donc pas s'étonner de l'asymétrie marquée en faveur des scores élevés qui caractérise les distributions des scores des malades de chaque système et de l'ensemble du groupe. (97,7 p. 100 des scores se situent dans les 3/7 supérieurs de l'échelle.) Le fait que de telles mesures aient été incluses dans l'inventaire témoigne de ce qu'on trouve dans la littérature sur l'évaluation des capacités fonctionnelles, laquelle est plutôt fortement orientée vers les déficiences marquées. En fait, les sujets de cette étude

ont fait preuve de capacités fonctionnelles supérieures à ce qu'on avait prévu. Encore une fois, bien que les malades du système 2 aient obtenu le score moyen le plus élevé, les différences de scores entre les systèmes ne sont pas significatives.

Pour ce qui est des rapports sociaux, les scores globaux sont fondés sur une combinaison de mesures objectives du genre "combien de fois?" et un certain jugement de valeur quant à l'interaction sociale, bien que ce dernier ait été réduit au minimum. Comme nous l'avons indiqué au chapitre 2, un score relatif aux aptitudes sociales a aussi été établi d'après la liste des activités quotidiennes du malade, et les notes obtenues ont été intégrées au score global.

Dans ce cas, les scores supérieurs des malades du système 2 ont atteint le seuil de signification au niveau $p < 0,001$ au test t. Contrairement aux scores globaux déjà mentionnés, ces scores relatifs aux rapports sociaux suivent une distribution normale pour chaque système et pour l'ensemble du groupe - probablement à cause de la gamme de comportements plus vaste sur laquelle porte le score.

Les scores concernant la persistance de symptômes reflètent nécessairement le jugement et l'opinion. La séquence utilisée a été tirée d'une mesure appliquée par Strauss et Carpenter dans des études d'évaluation et comprend cinq catégories allant de "Symptômes continus et graves" à "Aucun symptôme". L'enquêteur principal a établi le classement d'après une description complète des symptômes et une discussion avec le personnel sur le terrain et les psychiatres-conseils et compte tenu de toutes les sources d'information possibles. Les corrélations élevées avec les mesures des capacités fonctionnelles et l'échelle d'adaptation sociale de Weissman analysées ci-après indiquent que le classement était passablement juste. (L'annexe H présente un tableau des corrélations de Pearson établies pour tous les scores.)

Les résultats montrent des scores moyens plus élevés et une issue généralement meilleure chez les malades des systèmes 2 et 3, tandis que la présence, dans les systèmes 1 et 4, de proportions plus fortes de malades présentant toujours des symptômes donne lieu à une distribution bimodale. Les notes supérieures des malades du système 2 atteignent le seuil de signification au niveau $p < 0,001$, d'après le test t.

On a établi le classement des niveaux d'activité physique d'après les comptes rendus des malades concernant leurs activités quotidiennes (voir l'annexe G). Comme dans le cas des scores relatifs aux rapports sociaux, une vaste gamme de données brutes semble s'être traduite par des distributions normales partout. Les malades du système 2 semblent être plus actifs physiquement dans leurs occupations quotidiennes, une supériorité qui atteint le seuil de signification au niveau $p < 0,001$.

Afin d'obtenir un indice utile des capacités fonctionnelles générales, nous avons additionné les scores relatifs à l'issue, dont il vient d'être question, pour obtenir une seule valeur globale (voir l'annexe F).

Les distributions des scores globaux montrent une légère asymétrie en faveur des scores élevés, particulièrement dans le cas des malades du système 2. Elles affichent les mêmes tendances que les scores des échelles individuelles, les malades du système 2, suivis de ceux du système 3, montrant, pour l'ensemble des échelles, une propension encore plus marquée vers les notes supérieures. Au niveau global, la supériorité des scores du système 2 atteint le seuil de signification au niveau $p < 0,001$ du test t de Student.

Un dernier score concernant l'issue, qui ne se rapporte pas à proprement parler aux capacités fonctionnelles et qui, par conséquent, n'a pas été inclus dans le score global, renvoie à l'hypothèse de départ

selon laquelle la détresse est une raison qui mène un malade vers les soins psychiatriques. Bien qu'il soit impossible de déterminer de façon précise le degré de soulagement de sa détresse, la satisfaction qu'il exprime au moment de l'entrevue est au moins une juste mesure de l'absence de détresse. Comme dans le cas des autres aspects des résultats, on a supposé a priori qu'une sélection diagnostique judicieuse permettrait d'obtenir un groupe comparable sur le plan pathologique dans tous les endroits.

L'indice de satisfaction a été établi d'après les réponses à six questions figurant au bas de la page 11 de l'inventaire, et les fréquences sont indiquées au tableau 9.

TABLEAU 9

Satisfaction générale à l'égard de la vie

Système	Nombre de malades				
Nombre Pourcentage de la ligne	Insatisfaits (Score 0)	Moyennement satisfaits (Score 2)	Très satisfaits (Score 4)	Total	Score moyen
Système 1	16 32,0	24 48,0	10 20,0	50 100,0	1,76
Système 2	7 18,9	17 45,9	13 35,1	37 100,0	2,32
Système 3	16 43,2	43 62,3	10 14,5	69 100,0	1,83
Système 4	9 40,9	9 40,0	4 18,2	44 100,0	1,54
Tous les systèmes	48 20,8	93 52,2	37 20,8	178 100,0	1,88

Comme le démontre également cette mesure, les malades du système 2 obtiennent de meilleurs scores, suivis des malades du système 3. Un test t a révélé que les scores des malades du système 2 affichent une faible probabilité de supériorité ($p \cdot\cdot 0,026$) par rapport aux autres systèmes. La similitude entre la distribution de fréquence des indicateurs de satisfaction et les scores concernant les capacités fonctionnelles confirme la validité des mesures de l'issue. Les scores obtenus d'après l'échelle d'adaptation sociale de Weissman dont il est question dans le prochain chapitre permettent d'autres observations sur le degré de satisfaction exprimé par les malades.

Comme le démontrent les données présentées ci-dessus, les malades du système 2 affichent de meilleurs résultats que ceux des autres systèmes, suivis de ceux du système 3. Dans le cas du score global, des rapports sociaux, de la présence de symptômes et de l'activité physique, la supériorité des résultats des malades du système 2 est significative au niveau de probabilité $p \cdot : 0,001$. Ces différences sont abordées plus en détail dans les chapitres suivants.

Relations entre les résultats et des variables indépendantes

Afin de voir s'il existait une relation entre les variables examinées ci-dessus et des caractéristiques propres aux malades et aux systèmes, nous avons soumis l'indice "présence de symptômes" et les scores globaux concernant l'issue à des tests de signification, dont les résultats sont exposés ci-après. Nous avons utilisé le test t de Student pour les variables dichotomiques et, pour les variables continues, nous avons établi des corrélations de Pearson.

1. Caractéristiques des malades

On ne constate aucun rapport significatif entre l'âge du malade et les mesures de l'issue. La différence de sexe, notée pour les malades ayant obtenu des scores extrêmes (voir ci-après, p. 109), influe fortement sur les résultats pour l'ensemble du groupe, les femmes obtenant généralement de meilleurs résultats que les hommes. Des tests t effectués sur les scores obtenus dans les cinq domaines distincts et sur le score global montrent que les niveaux supérieurs des femmes sont sensiblement plus élevés que ceux des hommes.

TABLEAU 10

Niveaux de probabilité - lien entre les mesures de l'issue et le sexe

Mesure de l'issue	Moyenne		Niveau de probabilité
	Hommes	Femmes	
Présence de symptômes*	1,8	1,3	,005
Capacité de travailler	7,5	11,2	,000
Soins personnels*	1,6	0,7	,002
Autonomie	9,2	10,3	,020
Rapports sociaux	10,8	12,5	,013
Score global	46,6	54,2	,000

* Scores en ordre inverse.

Dans le cas d'une autre mesure de l'issue, c'est-à-dire le niveau d'activité physique, qui n'est pas à proprement parler une mesure des aptitudes sociales, les hommes obtiennent de meilleurs résultats que les femmes. Les moyennes sont de 9,48 et 9,40 respectivement, mais cette différence n'est pas significative.

La comparaison entre les sujets qui ont obtenu des scores extrêmes pour ce qui est des résultats globaux (voir ci-après) appuie fortement cette conclusion selon laquelle les femmes ont un avantage sur les hommes.

Une série d'études effectuées en Ecosse par Affleck, Burns et Forrest (1976) montrent également que les sujets féminins obtiennent de meilleurs résultats en ce qui concerne l'issue de leur traitement. Un document original publié en 1963 indiquait que les sujets féminins obtenaient de meilleurs résultats sur ce plan, mais on avait alors attribué cette supériorité à la différence entre le type de domicile des sujets, une fois qu'ils ont reçu leur congé. (Ces conclusions sont corroborées par les données relatives au logement de la présente étude et dont on a déjà fait état - les femmes étant plus sujettes à vivre dans un milieu familial normal après leur congé.) Cependant, une extension de l'étude et une analyse plus poussée de tous les facteurs et de toutes les observations ont amené les auteurs à affirmer, dans un document publié en 1976 : "Nous devons réviser nos observations de 1963; il semble qu'il y ait effectivement un lien entre le sexe et l'issue du traitement dans cette étude de longue durée." Ces auteurs relèvent également un facteur qui n'a pas été pris en considération dans la présente étude - le taux de décès des hommes était plus du double de celui des femmes (28:12). Il est possible qu'une étude longitudinale qui inclurait la mortalité comme indice de l'issue révélerait des différences encore plus grandes entre les sexes.

Les différences selon l'état matrimonial sont indiquées ci-après (p. 93), pour les malades se situant aux extrêmes des scores globaux. Des test t effectués pour l'ensemble du groupe ont révélé un effet semblable. Le tableau 11 présente les niveaux de probabilité obtenus par la comparaison entre les malades mariés et les malades célibataires au moment de l'entrevue et entre ceux qui ont déjà eu un conjoint et ceux qui ont toujours été célibataires.

TABLEAU 11

Niveaux de probabilité - lien entre de meilleurs résultats et l'état matrimonial actuel ou passé

	Niveaux de probabilité	
Variables de mesure de l'issue	Mariés présentement	Mariés présentement ou déjà mariés
Présence de symptômes	,000	,000
Capacité de travailler	,000	,000
Soins personnels	,004	,008
Autonomie	n.s.	,047
Rapports sociaux	n.s.	n.s.
Score global	,000	,000

La ressemblance entre ces séries de résultats semble démontrer que l'aptitude à établir une relation matrimoniale quelle qu'elle soit est tout aussi fortement liée aux meilleurs résultats que l'état matrimonial actuel. Comme on l'indique ailleurs, les rapports matrimoniaux, dans le cas d'un malade schizophrène, semblent être moins une variable indépendante qu'un élément du profil de santé.

La relation non significative avec le facteur d'autonomie peut être attribuable à certains aspects de l'union matrimoniale - par exemple, lorsqu'un seul conjoint s'occupe des affaires bancaires ou conduit la voiture. L'association non significative avec le facteur des rapports sociaux découle peut-être partiellement du fait que les célibataires sont probablement plus enclins à sortir de la maison pour se distraire et entretenir des contacts sociaux, activités qui contribuent à augmenter le score (par exemple, nombre d'amis rencontrés en une semaine).

Le tableau 12 présente les résultats de la comparaison entre les résultats, le revenu et la situation socio-économique.

TABLEAU 12

Niveaux de probabilité - lien entre de meilleurs résultats et un revenu et une situation socio-économique supérieurs

	Niveaux de probabilité	
Variables de mesure de l'issue	Revenu	SSE
Présence de symptômes	n.s.	n.s.
Capacité de travailler	,01	,01
Soins personnels	n.s.	,05
Autonomie	,05	,05
Rapports sociaux	n.s.	,05
Score global	n.s.	,01

La situation socio-économique semble influer davantage que le revenu courant du ménage. Ces résultats cadrent avec ceux des malades qui se situent dans les catégories de scores globaux extrêmes, dont il est question dans le dernier chapitre.

En ce qui concerne le lieu de résidence actuel (non le lieu initial) des malades, une différence étonnamment prononcée apparaît : ceux qui vivent dans des régions rurales obtiennent de meilleurs résultats que ceux des régions urbaines. (Aux fins de cette étude canadienne, une localité urbaine a été définie comme étant une collectivité de plus de 3 000 habitants.) Les malades dans les régions rurales obtiennent des scores significativement meilleurs en ce qui concerne l'absence de symptômes et les rapports sociaux, les niveaux de probabilité étant de $p < 0,05$. Il convient de noter que cette différence relative au lieu de résidence ne se manifeste pas chez les malades dont les scores globaux se situent aux extrêmes (voir ci-après, p. 108). Les résultats de l'ensemble du groupe de malades en ce qui touche la variable "contacts réguliers avec des parents" sont exposés au tableau 13. Ces résultats s'appuient sur les renseignements concernant les parents (et leur nombre) avec qui le malade a des contacts au moins une fois par mois. Seul le groupe "enfants" présente une relation significative, ainsi que le total des parents.

Contrairement aux résultats présentés ci-après en ce qui concerne les malades ayant obtenu des scores extrêmes, il existe, pour ce qui est de l'ensemble du groupe, une faible relation entre les scores relatifs à l'issue du traitement et les contacts avec les parents. Cependant, la variable relative aux "enfants en contact", qui donne lieu à une différenciation marquée dans le cas des groupes de malades ayant obtenu des scores extrêmes, semble ici être en association avec l'importante mesure que constitue la capacité de travailler.

TABLEAU 13

Niveaux de probabilité - lien entre de meilleurs résultats et les parents avec lesquels le malade a des contacts réguliers

Variables de mesure de l'issue	Niveaux de probabilité	
	Ensemble des parents	Enfants du malade
Présence de symptômes	n.s.	n.s.
Capacité de travailler	n.s.	,05
Soins personnels	n.s.	n.s.
Autonomie	n.s.	n.s.
Rapports sociaux	,05	n.s.
Score global	n.s.	n.s.

Les niveaux de probabilité relatifs au lien entre les mesures de l'issue et les variables de logement sont indiqués au tableau 14.

TABLEAU 14

Niveaux de probabilité - lien entre les mesures de l'issue et les variables de logement

	Genre de logement	Cohabite avec un parent	Cohabite avec une autre personne	Nombre de personnes qui partagent la salle de séjour	Modalités de logement
Présence de symptômes	n.s.	n.s.	,01	,00	,02
Capacité de travailler	,05	n.s.	,01	,01	,05
Soins personnels	,05	n.s.	,05	,01	,01
Autonomie	n.s.	,05	,01	,01	,01
Rapports sociaux	n.s.	,05	n.s.	,01	,05
Score global	n.s.	n.s.	,01	,01	,05

Des liens ont été relevés entre de meilleurs résultats et des logements moins densément occupés, l'occupation d'appartements, puis de maisons, et la location ou la possession du logement. Cela n'a rien de surprenant puisqu'il est normal de s'attendre à ce que les malades qui louent ou possèdent leur logement, ou qui sont le conjoint du locataire ou du propriétaire, s'en tirent mieux que ceux qui vivent dans la maison de leurs parents, dans une maison de pension ou dans un foyer. Comme dans le cas des malades ayant obtenu des scores extrêmes, il n'y a aucun rapport marqué avec le surpeuplement dans une maison privée, contrairement à ce qu'on observe pour le nombre de co-pensionnaires dans un foyer de groupe, etc. Les niveaux de 0,05 atteints dans le cas de l'autonomie

et des rapports sociaux correspondent a un lien négatif et à un lien positif respectivement et découlent probablement de la présence de parents qui aident aux soins personnels, par exemple, pour ce qui est de l'habillement dans le premier cas, et de parents qui augmentent nécessairement la fréquence des activités sociales, dans le deuxième cas. Les rapports avec la "durée du séjour" et la "qualité du voisinage" sont non significatifs.

Les relations avec les variables d'accessibilité, dont il est question dans l'analyse sur les malades de la catégorie des scores extrêmes, sont indiquées ci-après, pour l'ensemble du groupe.

TABLEAU 15

Niveaux de probabilité - lien positif entre les résultats et les variables d'accessibilité

	Niveaux de probabilité			
	Accès aux magasins	Accès aux loisirs	Accès aux transports	Téléphone à la maison
Présence de symptômes	0,008	0,040	0,006	n.s.
Capacité de travailler	n.s.	n.s.	0,008	0,031
Soins personnels	0,009	0,05	0,000	n.s.
Autonomie	0,002	0,000	0,006	n.s.
Rapports sociaux	0,035	0,005	0,005	0,001
Score global	0,003	0,002	0,000	0,020

Comme dans le cas des petits groupes de malades caractérisés par des scores extrêmes, les variables d'accessibilité semblent ici, pour l'ensemble du groupe, associées de modérément à fortement aux résultats.

Il semble possible qu'un groupe de conditions qui facilitent l'accès des malades à des endroits, à des services et à des personnes à l'extérieur de la maison aient un effet bénéfique sur les activités sociales et la santé mentale en général.

2. Caractéristiques des systèmes

La deuxième étape majeure de la recherche de facteurs en corrélation avec les scores a porté sur les caractéristiques des systèmes. Ces dernières, qui comprennent de nombreuses variables nominales, se prêtent moins bien aux tests de signification. Pour pouvoir analyser leurs relations avec l'issue du traitement, nous avons groupé ces variables nominales et nous les avons converties en variables continues, généralement selon une échelle qui tient compte de la formation biologique ou du passage de l'hôpital à un logement normal, ce qui a permis le calcul des corrélations de Pearson. (Ce calcul n'a évidemment pas été nécessaire dans le cas des variables dichotomiques, comme la participation ou non d'un autre spécialiste médical.)

Les quelques relations significatives qui se sont dégagées en ce qui a trait à l'orientation et à l'évaluation des cas sont présentées au tableau 16.

TABLEAU 16

Niveaux de probabilité - lien entre les mesures de l'issue et le début du traitement

	Niveaux de probabilité		
	Orientation	Évaluation-diagnostic	Spécialiste médical
Présence de symptômes	n.s.	n.s.	0,036
Capacité de travailler	n.s.	n.s.	n.s.
Soins personnels	n.s.	n.s.	n.s.
Autonomie	0,033	n.s.	0,027
Rapports sociaux	n.s.	n.s.	n.s.
Score global	n.s.	0,006	n.s.

L'influence du facteur "orientation" est due à la plus forte proportion d'orientations par un membre de la famille, un ami ou le malade lui-même, dans le cas des malades aux scores élevés. Le fait que cette influence ne se manifeste qu'en regard de l'autonomie peut être attribué à l'élément de prise de décisions personnelles que comporte cette mesure.

L'influence du facteur "évaluation-diagnostic" vient du fait que les infirmières et les travailleurs sociaux ont vraisemblablement participé davantage à l'évaluation de malades dont les scores sont faibles. Puisqu'un psychiatre collabore toujours au diagnostic, il semble peu probable qu'il y ait une relation de cause à effet entre la participation du personnel non médical et les faibles résultats; il est plus probable que les spécialistes de disciplines non médicales aient participé à l'évaluation lorsque des malades aux capacités fonctionnelles réduites se présentaient et qu'en outre, ces malades qui à l'origine ont semblé plus atteints aient effectivement obtenu de moins bons résultats.

Pour ce qui est du facteur "spécialiste médical", on observe plus fréquemment la participation d'un spécialiste d'une discipline autre que la psychiatrie à l'évaluation des malades à faibles scores. On pouvait s'attendre à ce que cette relation se manifeste compte tenu d'études telles que celles d'Eastwood réalisées auprès des malades de centres de consultation générale à Londres. En démontrant des effets de co-morbidité, ces études permettent de supposer que les malades dont les capacités fonctionnelles sont les moindres sont plus susceptibles de demander à être évalués pour des troubles ou des dysfonctionnements autres que psychologiques. Cependant, dans le cas de ces schizophrènes, la relation est très faible.

Parmi les variables relatives aux soins actifs, ni le "mode de traitement" ni le "thérapeute principal" ne présentaient un lien avec les résultats de l'ensemble du groupe. Cependant, il y a quelques différences significatives dans les scores selon les différents milieux de traitement et aussi, des corrélations importantes avec le séjour à l'hôpital. Ces données sont présentées au tableau 17.

TABLEAU 17

Niveaux de probabilité - lien entre les mesures de l'issue et les variables relatives aux soins actifs

	Niveaux de probabilité	
	Milieu de traitement	Séjour à l'hôpital
Présence de symptômes	n.s.	n.s.
Capacité de travailler	n.s.	0,05
Soins personnels	n.s.	n.s.
Autonomie	0,001	0,01
Rapports sociaux	0,02	n.s.
Score global	0,01	0,01

En ce qui concerne le milieu de traitement, la relation indique que les malades traités dans les hôpitaux généraux et les services de soins externes se portent mieux que les malades traités dans des hôpitaux psychiatriques, un effet qui n'apparaît pas dans le cas des malades de la catégorie des scores extrêmes (voir ci-après). De même, le séjour total à l'hôpital, qui n'exerce pas d'effet sur les résultats des malades ayant obtenu des scores extrêmes, présente une corrélation avec l'aptitude au travail, l'autonomie et le score global. Encore une fois, on s'attendait à cette orientation : les scores les plus élevés sont reliés au séjour à l'hôpital le plus court. Il est possible que ces répercussions n'atteignent le seuil de signification que lorsque le nombre de cas analysés est le plus élevé.

Le tableau 18 présente les répercussions du dernier groupe de variables relatives aux systèmes, celles qui sont liées à la planification de la réadaptation et au maintien dans la collectivité. Seuls les renseignements sur l'épisode le plus récent ont été utilisés et par conséquent, ces données se rapportent à des situations récentes et courantes.

TABLEAU 18

Niveaux de probabilité - lien entre les mesures de l'issue et les variables de la réadaptation selon les corrélations de Pearson

	Conférence	Orientation professionnelle	Contact avec un organisme	Contact avec un spécialiste
Présence de symptômes	n.s.	0,013	0,044	0,001
Capacité de travailler	0,002	0,024	n.s.	0,000
Soins personnels	n.s.	0,038	0,000	0,000
Autonomie	n.s.	0,009	0,003	0,002
Rapports sociaux	n.s.	n.s.	0,043	0,001
Score global	n.s.	n.s.	0,009	0,015

Il est intéressant de noter que les variables de "réadaptation" qui se rapportent au maintien continu du malade dans la collectivité, particulièrement au moment de l'étude, présentent des associations plus fortes avec l'issue que les variables relatives aux soins actifs. Les données sur les contacts avec un organisme et un spécialiste indiquent nettement que les malades en contact avec des hôpitaux et des médecins obtiennent de meilleurs résultats que ceux qui sont en contact avec des établissements et des spécialistes non médicaux. L'association du facteur "conférence" avec la "capacité de travailler" et les associations de l'"orientation professionnelle" vont dans la même direction que celle déjà mentionnée, à savoir que les malades dont les capacités fonctionnelles où l'état laissent à désirer semblent bénéficier d'une attention spéciale du personnel non médical, ainsi que de services d'orientation professionnelle. On ne constate aucune relation significative pour la participation de spécialistes à des conférences.

Les relations entre les habitudes de prescription et l'issue du traitement sont peu prononcées. Ce n'est qu'entre la posologie hebdomadaire d'une part et la présence de symptômes et le score global d'autre part, que les corrélations de Pearson se sont révélées significatives, mais à un faible degré (niveaux de probabilité de $p \leq 0,036$ et $p \leq 0,028$ respectivement). Comme on s'y attendait, ces relations indiquent que plus la posologie est élevée, moins l'issue est satisfaisante.

La relation plus forte entre les scores et les variables de "contacts courants", par rapport à la relation entre les scores et les variables de "services de soins actifs" (thérapeute principal, mode de traitement, etc.) est un fait frappant qui se dégage de ces analyses.

Pour compléter les analyses des relations entre l'issue et le traitement, on a établi des corrélations entre les résultats du traitement et le degré de satisfaction exprimé par les malades à l'égard de ce traitement, mais on n'a observé aucun lien significatif. Comme on l'a déjà signalé (p. 67), les données ont démontré que l'évaluation des malades donne une piètre mesure de la qualité des soins psychiatriques.

La partie suivante traite de la concordance des mesures de l'issue et de l'échelle d'adaptation sociale de Weissman.

Quatrième partie - Échelle d'adaptation sociale de Weissman

Nous avons aussi utilisé l'un des autoquestionnaires les plus fonctionnels, l'échelle d'adaptation sociale de Weissman. Le questionnaire de Weissman a été utilisé principalement pour servir de mesure permettant de valider les associations entre les points de l'inventaire et l'issue et aussi, pour compléter les données tirées de l'inventaire.

On trouvera à l'annexe H les résultats des corrélations de Pearson établies entre les scores globaux obtenus d'après l'échelle de Weissman et les mesures de l'issue dérivées de l'inventaire interprovincial. L'échelle de Weissman comprend cinq modules principaux : le travail, les activités sociales et récréatives, la famille élargie, les rapports avec le conjoint et les rapports avec les parents; en outre, on en tire un indice d'adaptation globale. Comme on l'a déjà mentionné, en accord avec les organismes provinciaux qui ont parrainé l'enquête, les questions à contenu sexuel ont été omises et par conséquent, aucune donnée n'a été relevée pour le module sur les rapports avec le conjoint qui comprend bon nombre de questions sur l'activité sexuelle.

Les scores de l'échelle de Weissman présentent généralement de fortes corrélations avec l'inventaire interprovincial, ce qui démontre

que les renseignements obtenus grâce à cet inventaire cadrent avec ceux tirés d'un instrument clinique éprouvé. Les corrélations les moins significatives ont été observées pour les scores globaux du module "rapports avec les parents" de l'échelle de Weissman et cela est probablement attribuable au petit nombre de malades auxquels la section sur les rapports avec les parents a pu être appliquée.

Les corrélations les plus fortes ont été établies pour les scores relatifs à l'absence de symptômes; cet instrument clinique confirme donc la validité des scores sur la présence continue de symptômes. On a obtenu les corrélations les plus faibles avec les niveaux d'activité physique pour lesquels l'échelle de Weissman n'a pas d'équivalent.

Il convient de noter que des corrélations plus fortes ont été établies entre l'échelle de Weissman et les indices de l'inventaire davantage liés aux aspects cliniques et émotifs, comme les rapports sociaux, l'expression de la détresse, le degré d'autonomie et la présence continue de symptômes.

On a constaté une relation moins importante entre les scores globaux de l'inventaire concernant la capacité de travailler et les indices global et individuel de l'emploi de l'échelle de Weissman. Cette divergence est probablement due à la nature très différente des points de chaque inventaire concernant l'emploi. Dans l'échelle de Weissman, quatre des six points sur l'emploi se rapportent à la façon dont le répondant perçoit son adaptation au milieu de travail (rapports et degré de satisfaction). Ainsi, on peut s'attendre à ce que les scores obtenus avec l'échelle de Weissman reflètent plus exactement la qualité des rapports personnels et le sentiment de bien-être général du malade, aspects qu'on trouve dans l'inventaire interprovincial sous les rubriques : "rapports sociaux", "gravité des symptômes" et "expression des problèmes".

Comme prévu, l'échelle de Weissman a également servi d'outil supplémentaire pour mesurer le degré de détresse ou de bien-être qu'éprouvent les répondants et l'annexe I présente les scores par système obtenus selon l'échelle de Weissman pour les modules "travail", "activités sociales et récréatives" et "adaptation sociale générale". Les scores concernant la famille et les parents ne sont pas inclus parce que très peu de malades ont été évalués sur ces points.

Les scores de l'échelle de Weissman suivent les mêmes tendances générales que ceux de l'inventaire. Les malades du système 2 ont des scores généralement supérieurs et ils sont suivis de ceux du système 3, sauf en ce qui concerne la rubrique "travail" pour laquelle la seconde place revient aux malades du système 4. En ce qui concerne les activités sociales et récréatives et l'adaptation générale, les malades du système 2 enregistrent des scores significativement plus élevés que ceux des autres systèmes, d'après le test t de Student ($p < 0,002$ et $p < 0,000$ respectivement).

Cinquième partie - Comparaisons entre les malades qui ont obtenu des scores extrêmes

Certains des résultats les plus intéressants de l'étude découlent des comparaisons entre les malades qui se situent aux deux extrémités de l'échelle des scores globaux relatifs à l'issue. On espérait, en examinant les malades aux scores extrêmes, qu'il serait possible de faire ressortir plus clairement les caractéristiques associées aux résultats les meilleurs ou les moins bons.

Les scores globaux réunissent les mesures de la capacité de travailler, des rapports sociaux, de l'autonomie, des soins personnels, de l'absence de symptômes et de l'activité physique définies ci-dessus. On a fixé, sur la séquence des scores globaux, des points critiques de manière que 16 p. 100 environ des malades se situaient en dessous et au-dessus de ces points (la proportion de 16 p. 100 représentant un écart-type par rapport à la moyenne sur la courbe de distribution normale). On a ainsi repéré 31 malades ayant obtenu des scores faibles et 29, des scores élevés. (Il a été impossible d'obtenir un équilibre parfait étant donné qu'on ne pouvait pas diviser un groupe quelconque ayant un score donné.)

Place des malades dans le système de soins

Dans les premières comparaisons, selon les variables nominales, entre les malades ayant obtenu des scores extrêmes, on est frappé par les différences entre les résultats obtenus par les malades dans les quatre systèmes. Le tableau 19 fait voir ces différences.

TABLEAU 19
Malades à scores globaux extrêmes, par système

Système	Malades à scores élevés		Malades à scores bas	
	Nombre	Pourcentage du système	Nombre	Pourcentage du système
Système 1	6	11,76	10	19,6
Système 2	13	35,13	4	10,81
Système 3	10	13,89	12	16,67
Système 4	0	0	5	22,73
Tatal des cas observés	29	100,0	31	100,0

La différence entre les proportions de malades à score élevé et à score bas dans les quatre systèmes est frappante et atteint un niveau de probabilité $p < 0,001$.

C'est nettement dans le système 2 que les malades réussissent à obtenir des scores élevés, suivis, dans l'ordre, par les malades des systèmes 3 et 1. Ces résultats cadrent avec les résultats généralement élevés notés précédemment dans le cas des malades du système 2, en ce qui concerne les mesures de l'issue du traitement.

État matrimonial

Comme l'indique le tableau 20, il existe également des différences entre la répartition des malades à scores faibles et celle des malades à scores élevés selon l'état matrimonial.

TABLEAU 20
Malades à scores globaux extrêmes, selon l'état matrimonial

État matrimonial	Malades à scores élevés		Malades à scores bas	
	Nombre	Pourcentage du système	Nombre	Pourcentage du système
Mariés/ union libre	14	25,5	4	7,3
Divorcés/ séparés	5	18,5	4	14,8
Toujours célibataires	10	10,0	23	23,0
Total des cas observés	29	100,0	31	100,0

Il ressort clairement ici que l'issue du traitement est meilleure chez les personnes vivant avec un conjoint et on constate une nette rétrogradation de ceux qui ont présentement un conjoint, à ceux qui ont déjà eu un conjoint et enfin, à ceux qui ont toujours été célibataires.

Diverses combinaisons d'états matrimoniaux sont possibles. Toutes montrent que les personnes qui ont un conjoint sont présentes en plus grand nombre parmi les malades à scores élevés. Si l'on considère les malades divorcés ou séparés comme groupe distinct ou qu'on les combine aux célibataires et que l'on compare ces malades aux malades mariés combinés à ceux vivant en union libre, on obtient des niveaux de probabilité de $p \cdot 0,01$ au test du khi carré.

Il sembre probable que, malgré le fait que les malades qui vivent avec un conjoint obtiennent une aide et un appui favorables à l'issue de leur traitement, l'établissement et le maintien de rapports conjugaux soient le reflet de ressources salutaires chez eux. Comme dans le cas des nombreuses variables déjà mentionnées, on peut vraisemblablement considérer les rapports conjugaux comme un élément du "profil de santé" chez les schizophrènes.

Logement

Une comparaison des types d'habitations ne révèle aucune différence dans les proportions de malades à scores élevés et à scores bas. Bien que les malades qui vivent dans des appartements aient des scores plus élevés que ceux qui habitent dans des maisons, les seules comparaisons qui font ressortir des différences significatives sont celles des foyers de groupe et des établissements de soins prolongés par rapport à tous les autres genres de logement, car on ne trouve aucun malade à score élevé dans les foyers de groupe ou les établissements. (Par exemple, les proportions de malades à scores élevés et à scores bas vivant dans des chambres individuelles sont égales.)

Par contre, les modalités de logement donnent lieu à des différences significatives entre les malades aux deux extrêmes, comme le montre le tableau 21.

TABLEAU 21

Malades à scores globaux extrêmes, selon les modalités de logement

Modalités de logement	Malades à scores élevés		Malades à scores bas	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Logement loué	18	26,1	10	14,5
Logement possédé	8	17,4	4	8,7
Chambre hors famille	1	12,5	1	12,3
Chambre dans la famille	2	4,7	10	23,3
Centre d'hébergement	0	0,0	6	37,5
Total des cas observés	29	100,0	31	100,0

La progression des scores élevés aux scores bas est intéressante, passant par les locataires, les propriétaires, les malades vivant dans leur famille et les malades en centre d'hébergement. Les notes supérieures des locataires semblent être compatibles avec la très légère influence exercée par les niveaux de revenu dont on a déjà parlé. Les différences entre les nombres de malades dans ces différentes conditions de logement sont significatives au niveau $p < 0,001$.

La forte proportion (23,3 p. 100) des malades à scores faibles vivant dans leur famille laisse supposer, comme on l'a signalé relativement aux malades de sexe féminin, que la famille joue un rôle protecteur à l'égard du malade dont les capacités fonctionnelles sont réduites. Le tableau 22 résume les relations significatives, s'il y a lieu, entre les résultats des malades aux scores extrêmes et les variables descriptives des conditions de vie du malade qui se prêtaient à des tests t de Student.

TABLEAU 22

Degré de signification des différences entre les conditions de vie des malades aux scores globaux extrêmes, selon des tests t

Variable et orientation	Degré nul de signification	Niveau de probabilité
Sexe des répondants - les femmes ont de meilleurs résultats		,001
Âge	X	
Revenu	X	
Milieu urbain ou rural	X	
Contacts avec des parents	X	
Contacts avec ses enfants - les répondants à scores élevés ont plus de contacts avec leurs enfants		,017
Durée du séjour dans le logement actuel	X	
Co-pensionnaires apparentés	X	
Qualité de l'ameublement	X	
Téléviseur	X	
Téléphone - les répondants à scores élevés ont plus d'appareils téléphoniques		,029
Parents qui partagent la salle de bain	X	
Parents qui partagent la cuisine	X	
Personnes non apparentées qui partagent la cuisine - les répondants à scores bas partagent cette pièce avec plus de personnes		,018
Salle de séjour partagée - les répondants à scores bas partagent cette pièce avec plus de personnes		,001
Prospérité du voisinage	X	
Accessibilité des magasins - les répondants à scores élevés y ont plus facilement accès		,003
Accessibilité des activités de loisirs - les répondants à scores élevés y ont plus facilement accès		,000
Accessibilité des moyens de transport - les répondants à scores élevés y ont plus facilement accès		,001
Accessibilité d'une cour	X	
Année du premier contact	X	
Indice sociologique - la situation socio-économique des répondants à scores élevés est supérieure		,006

Comme on peut le constater, le sexe des répondants est un facteur important, les femmes étant représentées en plus grand nombre parmi les malades à scores élevés à un niveau de probabilité de $p \cdot\cdot 0{,}001$. D'autres facteurs significatifs sont le nombre d'enfants du malade avec lesquels il a des contacts réguliers, le téléphone, les personnes non apparentées qui partagent la cuisine et la salle de séjour et les indicateurs d'accessibilité - transport, magasins et activités récréatives. Le niveau socio-économique des répondants à scores élevés semble aussi supérieur.

L'association avec le nombre d'enfants en contact régulier contraste avec le fait qu'on ne relève aucune association significative avec le nombre total de parents en contact régulier. Le fait d'avoir des enfants et d'entretenir des relations régulières avec eux est plus probablement un reflet de la santé du malade qu'un facteur d'amélioration de la santé, mais ces deux facteurs influent probablement l'un sur l'autre. Il apparaît évident que les "contacts avec les enfants" plutôt qu'avec d'autres parents constituent un élément du "profil de santé" de ce groupe de malades.

L'association avec l'indice sociologique, mais non avec le revenu actuel du ménage, est intéressante en ce qu'elle illustre probablement les répercussions d'une variable plus "indépendante" que la plupart. On se rappellera que cet indice a été établi à partir d'un tableau complet de caractéristiques, y compris le niveau de scolarité, la profession des parents et le mode de vie de la famille. Il semble qu'il vaille la peine d'analyser cette variable avec des outils plus précis que ceux utilisés dans le cadre de la présente étude.

La présence des variables d'accessibilité soulève beaucoup d'intérêt. Analysées conjointement avec la présence surprenante de la variable "téléphone", elles semblent indiquer que les malades qui ont plus de possibilités de sortir et d'établir des contacts avec le monde extérieur s'en tirent mieux que ceux qui n'ont pas cette capacité. Les variables d'accessibilité démontrent un pouvoir discriminant plus marqué que les variables qui se rapportent uniquement à la qualité du logement. Ces dernières semblent avoir un effet certain dans le cas du surpeuplement mais, comme les seuils de signification ne sont atteints qu'en présence d'autres personnes cohabitant avec le malade, apparentées ou non (et non par exemple lorsque des parents partagent la salle de bain), elles reflètent les cas où les personnes vivent dans des foyers de groupe et dans des centres d'hébergement, plutôt que le surpeuplement dans un ménage privé normal. La vie dans différents genres de centres d'hébergement est en soi, dans une large mesure, un indicateur de l'issue, soit un autre élément du "profil de santé" des malades schizophrènes.

Comme on l'a déjà signalé, l'absence de différence entre les deux groupes en ce qui a trait au nombre de jours d'hospitalisation est significative et, associée à l'absence de différenciation concernant les médicaments, elle devient encourageante puisqu'elle permet de déduire que les malades qui ont suivi et qui continuent de suivre un traitement traditionnel intensif peuvent espérer une issue très favorable. Il est également encourageant de voir que ni l'âge du malade, ni l'année du premier contact n'ont de répercussions importantes, indiquant ainsi que l'issue chez les malades plus âgés peut s'avérer aussi satisfaisante que chez les plus jeunes.

La seule répercussion en ce qui a trait au nombre de jours d'hospitalisation se rapporte à de courts séjours, deux épisodes plus tôt, ce qui laisse supposer qu'autrefois, on tenait davantage compte du degré de

perturbation et on gardait à l'hôpital plus de malades à niveau fonctionnel élevé pendant de courts séjours que de malades à capacités fonctionnelles réduites, par rapport à la pratique actuelle. Le manque de différenciation concernant les lits d'hôpitaux renforce l'opinion énoncée dans le chapitre sur les mesures de l'issue, selon laquelle le nombre de jours d'hospitalisation ne devrait pas servir de mesure de l'issue du traitement, mais plutôt de variable systémique. Il s'agit d'un aspect important dont doivent tenir compte les études d'évaluation.

Éléments du traitement

Sur le plan des variables systémiques, aucune différence significative dans les proportions de malades aux scores extrêmes ne se manifeste en ce qui concerne : 1) l'agent d'orientation (les proportions de malades dans chaque groupe sont très égales); 2) les spécialistes chargés de l'évaluation ou du diagnostic; 3) le mode de traitement; 4) ou le cadre du traitement. Seule la variable du thérapeute au cours des deux épisodes aigus les plus récents a différencié les groupes de malades, à un niveau de $p < 0,01$. Cette différence, à savoir que les proportions de malades à scores bas sont plus élevées dans le cas des travailleurs sociaux et des infirmières et que les proportions de malades à scores élevés sont plus élevées dans le cas des médecins, est illustrée au tableau 23.

TABLEAU 23
Malades à scores globaux extrêmes, selon le thérapeute
Épisode le plus récent

Spécialiste	Malades à scores élevés		Malades à scores bas	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Psychiatre	18	22,8	13	16,5
Travailleur social	1	8,3	4	33,3
Infirmière	6	8,0	14	18,7
Omnipraticien	4	44,4	0	0,0
Total des cas observés	29	100,0	31	100,0

Le tableau semble indiquer que les médecins, même les omnipraticiens, obtiennent plus de succès comme thérapeutes principaux que leurs collègues qui n'appartiennent pas à la profession médicale. Il semble possible que la forte proportion de malades à faibles scores dont s'occupent les travailleurs sociaux et les infirmières soit en partie attribuable à l'orientation de malades à capacités fonctionnelles très réduites vers les services "d'appoint" de professionnels autres que des médecins, mais cela n'explique pas entièrement les proportions différentes parmi les malades à scores élevés. Aussi, comme on l'a déjà signalé, la distribution des professionnels parmi les thérapeutes principaux varie considérablement selon le système.

Le recours général à la chimiothérapie dans le traitement de ce groupe de malades offre peut-être une autre explication. (Comme on l'a déjà indiqué, ce mode de traitement a été appliqué dans presque tous les cas.) Il se peut que les médecins, seuls qualifiés pour évaluer les besoins et prescrire les médicaments, réussissent le mieux à traiter un trouble pour lequel les médicaments sont essentiels aux soins du malade.

Compte tenu de l'ampleur et de l'intensité des débats au sujet des différents genres d'établissements hospitaliers et des mérites de l'hospitalisation par rapport aux services de soins externes, il importe de signaler l'absence d'effet significatif en ce qui a trait au cadre de traitement et au nombre de jours d'hospitalisation.

La comparaison des deux groupes de malades en fonction des variables de réadaptation fait ressortir peu de différences significatives. La planification du programme de réadaptation par des spécialistes, la tenue d'une conférence officielle ou le genre de maison de transition n'ont produit aucune différence.

Les données sur l'orientation professionnelle montrent une différence entre diverses combinaisons de services offerts qui atteint une signification au niveau p 0,03. Cependant, la principale caractéristique de cette différence est que 82,8 p. 100 des malades à scores élevés n'ont reçu aucune forme d'orientation professionnelle, par rapport à 38,7 p. 100 des malades à faibles scores. On peut donc supposer que lorsque ces services sont offerts, ils le sont aux malades (à capacités fonctionnelles moindres) qui semblent en avoir le plus besoin.

Il y a une distinction marquée entre les deux groupes de malades relativement à l'organisme qui poursuit le contact avec le malade dans la collectivité et cette différence atteint une signification à des niveaux $p < 0,02$ pour les deux derniers épisodes enregistrés. Les données en question sont résumées au tableau 24 selon le type de contact maintenu après les deux derniers épisodes.

TABLEAU 24
Malades à scores globaux extrêmes selon l'organisme en contact
Deux derniers épisodes

Organisme en contact avec le malade	Malades à scores élevés		Malades à scores bas	
	Nombre	%	Nombre	%
Consultations externes	9	18,0	11	19,0
Clinique communautaire	11	22,0	31	53,4
Cabinet du psychiatre	15	30,0	5	8,6
Cabinet de l'omnipraticien	10	20,0	3	5,2
Programme de soins infirmiers	0	0,0	2	3,4
Autres	0	0,0	3	5,2
Aucun	5	10,0	3	5,2
Total des cas observés	50	100,0	58	100,0
Aucune donnée	8		4	
Total des cas	58		62	

Comme le démontre le tableau, les malades pour lesquels le traitement a le mieux réussi sont suivis en plus grand nombre dans les cabinets de médecins que dans les cliniques, etc., résultat qui cadre avec les données sur le thérapeute principal.

Ce résultat est également conforme aux données sur les spécialistes qui entretiennent des contacts avec le malade. Ces données relatives au contact courant et à celui de l'avant-dernier épisode sont résumées au tableau 25.

Il convient de noter que l'on pouvait enregistrer jusqu'à deux spécialistes en contact par malade et par épisode, de sorte que les chiffres reflètent des activités ou des interventions comparables parmi les groupes de spécialistes et ne représentent pas un total par malade.

TABLEAU 25
Malades à scores globaux extrêmes selon les professionnels* qui ont entretenu des contacts après les deux derniers épisodes

Spécialiste en contact avec le malade	Malades à scores élevés		Malades à scores bas	
	Nombre	%	Nombre	%
Psychiatre	32	39,5	30	30,0
Omnipraticien	15	18,5	18	18,0
Psychologue	1	1,2	1	1,0
Travailleur social	1	1,2	11	11,0
Infirmière	11	13,6	33	33,0
Orienteur professionnel	1	1,2	0	0,0
Aucun, aucun autre	20	24,7	7	7,0
Observations totales	81	100,0	100	100,0
Aucune donnée	27		15	
Total des cas	29		31	

* Deux mentions possibles pour chaque épisode.

La principale caractéristique du tableau est la sur-représentation des contacts avec les deux principaux groupes de spécialistes autres que des médecins - les travailleurs sociaux et les infirmières - pour ce qui est des malades à capacités fonctionnelles réduites. On a, par un calcul du khi-carré, comparé le nombre de tous les médecins en contact au nombre combiné d'infirmières et de travailleurs sociaux en contact et on a obtenu un niveau $p < 0,001$, démontrant ainsi une plus forte proportion de contacts avec des professionnels autres que des médecins durant les périodes de postobservation, pour ce qui est des malades les moins autonomes.

Comme on l'a déjà indiqué, nous assistons peut-être ici à une tendance, chez les malades les plus perturbés et les moins autonomes, à délaisser les services médicaux les plus traditionnels au profit des services sociaux et d'autres services offerts en tout ou en partie par des professionnels autres que des médecins. Le fait que ces malades continuent vraisemblablement à avoir besoin d'être surveillés et de faire ajuster les dosages de leurs médicaments et qu'ils aient un accès plus limité à ces services que les malades régulièrement en contact avec des médecins, contribue à élargir davantage le fossé entre eux et les malades jouissant de capacités fonctionnelles supérieures. Les données indiquent que cette situation se produit moins dans le système 2 que dans les autres systèmes, ce qui cadrerait avec le degré de contrôle et de surveillance exercé dans ce système (voir l'annexe H).

Il est intéressant de comparer ces données avec les réponses données par les malades eux-mêmes à la question "À qui demanderiez-vous de l'aide si vous aviez un problème?" (Cette question était précédée des questions "Avez-vous un problème majeur en ce moment?", "Comment réussissez-vous à le résoudre?", etc.)

Les infirmières et les travailleurs sociaux sont largement représentés dans les réponses des malades à scores bas, sans toutefois que la différence atteigne le niveau de signification. Le facteur qui a atteint ce niveau (à $p < 0,001$), "la famille ou les amis", a été mentionné plus fréquemment que n'importe quel spécialiste, parmi les malades à scores élevés. Il s'agit nettement d'une réponse saine que l'on peut considérer comme un autre élément ou indicateur du "profil de santé" dans le cas des malades schizophrènes.

Un dernier groupe de variables systémiques a trait aux médicaments administrés au moment de l'enquête. Des tranquillisants majeurs étaient prescrits à 93,3 p. 100 des malades à scores bas et à 65,5 p. 100 des malades à scores élevés, différence significative au niveau $p < 0,01$. Les différences entre les groupes en ce qui concerne le respect des ordonnances, la méthode d'administration, la personne qui administre les médicaments et les médicaments non neuroleptiques sont non significatives. On a administré plus d'un tranquillisant majeur à 6 p. 100 des malades à scores bas et pas plus d'un à tous les malades à scores élevés, mais on n'a constaté aucune différence tant en ce qui concerne la durée que le degré de médication. Le seul effet constaté est une faible association ($p < 0,049$), selon le test t, entre le niveau de la médication courante et l'activité physique, les patients les plus actifs étant ceux qui prenaient le moins de médicaments.

Sixième partie - Analyse de variables par régressions multiples

En vue d'obtenir des données sommaires sur les variables qui contribuent le plus à différencier les issues du traitement, nous avons procédé à une analyse par régression pas à pas, considérant chaque score global relatif à l'issue comme une variable dépendante. Les variables indépendantes de l'analyse ont été choisies parmi les variables systémiques et les variables de conditions de vie qui semblaient offrir le plus de possibilités de produire des différences, d'après les tableaux croisés des fréquences et les matrices de corrélation de Pearson. Le "système de soin" étant une variable nominale, il a été exclu des analyses par régression.

Les scores globaux relatifs à l'issue ont été soumis à trois sortes d'analyses distinctes; la première tient compte des variables qui décrivent les conditions de vie du malade (état matrimonial, genre de logement, etc.); la deuxième tient compte des variables systémiques (agent d'orientation, médicaments, journées d'hospitalisation, etc.); la troisième englobe les deux genres de variables.

On n'a constaté aucun effet significatif sur les scores globaux concernant les soins personnels et l'autonomie. Les résultats des régressions effectuées par rapport au score global général, à la capacité de travailler, aux rapports sociaux et à l'échelle d'adaptation sociale de Weissman sont compilés dans les tableaux ci-après.

TABLEAU 26

Régressions multiples effectuées par rapport aux scores globaux généraux (tableau sommaire)

Variable	Niveau de signification	Pourcentage de la variance	Genre de variables
Modalités de logement (propriétaire, etc.)	0,000	13,66	Conditions de vie du malade
Accès aux services de transport	0,000	6,53	
État matrimonial	0,027	2,23	
Organisme en contact avec le malade	0,031	6,83	Éléments du traitement
Modalités de logement (propriétaire, etc.)	0,002	13,66	Toutes les variables
Accès aux services de transport	0,024	6,53	

Ce tableau semble indiquer que les variables descriptives du traitement influent moins sur l'issue que celles qui caractérisent la situation personnelle des malades. Cependant, les variables qui se rapportent particulièrement au fait d'être propriétaire ou locataire (soit le malade ou son conjoint), à l'accès aux services de transport (qui peuvent comprendre le fait d'avoir une voiture) et à l'état matrimonial actuel sont susceptibles elles-mêmes d'être conditionnées par le degré de capacité fonctionnelle et la santé mentale des malades.

L'analyse n'a pas porté sur le niveau de revenu, les conditions socio-économiques ou les contacts avec les parents. Dans l'analyse ci-dessus, nous n'avons pas tenu compte du sexe des répondants pour permettre à d'autres facteurs d'émerger, mais lorsque ce facteur a été utilisé, il est intervenu pour 9,26 p. 100 de la variance.

L'importance des modalités de logement, de l'accès aux moyens de transport et de l'état matrimonial a été soulignée ailleurs dans le présent rapport. Le seul élément du traitement dont on a tenu compte dans la deuxième analyse mérite d'être mentionné. Les résultats montrent que des contacts courants avec un établissement de santé sont reliés à une issue favorable, ce qui corrobore d'autres résultats semblables décrits ailleurs dans ces pages.

Les résultats des régressions effectuées par rapport au score global relatif à la capacité de travailler sont présentés au tableau 27.

TABLEAU 27

Régressions multiples effectuées par rapport aux scores globaux relatifs à la capacité de travailler

Variable	Niveau de signification	Pourcentage de la variance	Genre de variables
État matrimonial	0,000	21,90	Conditions de vie du malade
Modalités de logement (propriétaire, etc.)	0,013	2,69	
Revenu	0,036	1,89	
Organisme en contact avec le malade	0,026	7,33	Éléments du traitement
État matrimonial	0,000	21,90	Toutes les variables
Organisme en contact avec le malade	0,040	4,94	

Ce tableau présente des résultats semblables à ceux des régressions effectuées par rapport aux scores globaux généraux, avec pour principale différence que, dans la première analyse, l'état matrimonial intervient pour 21,9 p. 100 de la variance. Ces résultats révèlent que l'issue du traitement est plus satisfaisante dans le cas des malades qui vivent avec un conjoint, la progression allant ensuite de ceux qui ont déjà été mariés à ceux qui ont toujours été célibataires.

Le tableau 28 présente les résultats des régressions effectuées par rapport au score global relatif aux rapports sociaux.

TABLEAU 28
Régressions multiples effectuées par rapport aux scores globaux relatifs aux rapports sociaux

Variable	Niveau de signification	Pourcentage de la variance	Genre de variables
Appareil téléphonique à la maison	0,000	8,02	Conditions de vie du malade
Accès aux moyens de transport	0,025	2,70	
Aucune variable significative			Éléments du traitement
Aucune variable significative			Toutes les variables

Bien que les deux seules variables choisies - le téléphone et les moyens de transport - n'interviennent que pour de faibles pourcentages de la variance, elles présentent néanmoins l'intérêt d'être conformes aux résultats déjà notés indiquant l'importance du groupe des "variables d'accessibilité". Il semble que ces variables influent davantage sur les interactions sociales des malades que sur d'autres aspects de leurs conditions de vie.

Les résultats des régressions effectuées par rapport au seul autre score global produisant des associations significatives, le score global de Weissman, sont présentés au tableau 29.

TABLEAU 29
Régressions multiples effectuées par rapport aux scores globaux de Weissman

Variable	Niveau de signification	Pourcentage de la variance	Genre de variables
État matrimonial	0,000	12,30	Conditions de vie du malade
Accès aux moyens de transport	0,001	5,23	
Modalités de logement (propriétaire, etc.)	0,005	3,51	
Nombre total de parents en contact avec le malade	0,014	2,86	
Professionnels qui planifient le programme de réadaptation	0,048	5,81	Éléments du traitement
État matrimonial	0,003	12,30	Toutes les variables
Accès aux moyens de transport	0,046	5,23	
Professionnels qui planifient le programme de réadaptation	0,025	6,27	

On se rappellera que l'échelle de Weissman est un indicateur particulièrement utile du sentiment de bien-être du malade. L'état matrimonial est encore une fois ici une variable digne de mention, intervenant pour 12,3 p. 100 de la variance. Pour la première fois, la variable "nombre de parents en contact régulier" (un contact par mois au moins) apparaît, bien qu'elle n'intervienne que pour seulement 2,86 p. 100 de la variance. L'effet de la variable "spécialistes qui planifient le programme de réadaptation" indique que l'issue est plus satisfaisante lorsque la réadaptation est planifiée principalement par le psychiatre. Cette constatation confirme d'autres résultats déjà mentionnés et selon lesquelles les malades qui réussissent le mieux, quelle qu'en soit la raison, semblent se confier plus entièrement aux soins des médecins et des établissements de santé.

Afin de classer les variables selon leur degré d'association avec l'issue du traitement, nous avons additionné les pourcentages de la variance représentés par chaque variable qui présente une association significative dans la catégorie "toutes les variables". La variable relative à l'état matrimonial vient au premier rang, avec un score par rang de 34,2, suivie par les modalités de logement à 13,66, l'accès aux moyens de transport à 11,76, les professionnels qui planifient la réadaptation à 6,27 et l'organisme en contact avec le malade à 4,94. Il est à remarquer que les analyses n'ont pas tenu compte du sexe des répondants parce que ce facteur confond les effets de plusieurs autres variables, notamment, l'état matrimonial, le revenu de la famille et le genre de logement.

CHAPITRE 5 - ANALYSE

Considérations d'ordre général

Leighton (1982), en accord avec d'autres analystes de la psychiatrie sociale, fait ressortir l'hétérogénéité de la maladie mentale et la multiplicité des impondérables en cause. Comme il est indiqué dans le chapitre 3, compte tenu de la complexité des interactions d'une vaste gamme de variables descriptives des comportements humains et des conditions de vie et de la non moins complexe variation systémique (elle-même doublée de nombreux facteurs humains), il est peu réaliste d'espérer tirer, de la potentialité des facteurs, des conclusions statistiques précises, encore moins une formule. Étant donné les difficultés que comporte l'évaluation de l'efficacité relative des systèmes de traitement et de soins, nous avons choisi d'analyser cet ensemble à multiples facettes sous des perspectives nombreuses et différentes, à peu près comme on serait tenté de le faire, face à une nouvelle forme de vie, en abordant prudemment les définitions par l'analyse de la forme sous de nombreux points de vue hétérogènes.

Nous avons donc procédé avec prudence et circonspection et analysé les données sur le groupe de malades sous différents points de vue tels que le sexe, l'état matrimonial et diverses variables domestiques et socio-économiques. Nous avons comparé les groupes de malades qui se situent aux deux extrémités d'une échelle de scores globaux et aussi, compte tenu du fait que les quatre systèmes de soins, dans leur cadre distinct, pouvaient être considérés comme différents les uns des autres, nous avons analysé les résultats pour l'ensemble des systèmes. Les résultats obtenus par ces différentes méthodes d'analyse sont conformes aux indications dérivées de plusieurs tendances et explicables à la lumière de plusieurs déductions.

Nous avons réuni certaines de ces déductions sous les rubriques suivantes :

1. Différences selon le sexe

Les différences selon le sexe sont une particularité assez étonnante des données de l'étude. Elles semblent indiquer que, par rapport aux schizophrènes masculins, les femmes schizophrènes :

a) ont leur première manifestation de la maladie à un âge plus avancé;
b) sont plus souvent victimes d'un mauvais diagnostic;
c) atteignent un plus haut degré de capacités fonctionnelles;
d) sont plus sujettes à établir une relation conjugale;
e) ont plus tendance à vivre avec des membres de leur famille;
f) vivent davantage dans des ménages à revenu élevé;
g) sont moins susceptibles d'habiter un centre d'hébergement.

Il semble probable qu'il existe des relations de cause à effet entre ces facteurs, particulièrement entre l'âge au moment de la première manifestation de la maladie et l'état matrimonial. Le fait de vivre avec des membres de sa famille (y compris un conjoint et ses enfants) offre à la malade de sexe féminin un cadre relativement protecteur dans lequel elle bénéficie de meilleures conditions de vie et de logement. Cette situation se répercute clairement sur le dernier facteur énuméré, c'est-à-dire le logement dans un centre d'hébergement.

Ces différences selon le sexe, présentées sous la forme d'indices numériques absolus, ont été observées dans tous les milieux bien que, compte tenu des nombres par case peu élevés, les différences moyennes n'aient pas atteint dans chaque cas les niveaux de signification cités pour l'ensemble du groupe des 182 personnes étudiées.

2. Différences selon l'état matrimonial

Les malades qui se marient et qui demeurent mariés réussissent mieux, particulièrement sur le plan du travail. Il en est de même pour les malades qui voient leurs enfants régulièrement et cet état de choses est évidemment lié à l'état matrimonial.

3. Différences selon le logement et les conditions socio-économiques

On s'attendait à ce qu'il y ait une relation entre les meilleurs résultats et le fait que le malade ou le conjoint du malade soit propriétaire ou locataire du logement ainsi qu'entre les résultats les moins bons et la vie dans un établissement quelconque. Chose étonnante, les locataires vivant dans des appartements semblent légèrement en meilleure santé que les propriétaires de maison (ces deux groupes réussissent toutefois considérablement mieux que les personnes qui vivent dans des pensions). On en connaît mal la raison, mais l'effet est compatible avec l'effet nul du niveau de revenu sur tous les scores, à l'exception de ceux concernant l'emploi et l'autonomie. (Cependant, les niveaux socio-économiques supérieurs (famille) semblent influer sur les résultats liés à des facteurs autres que symptomatologiques, bien que

ces répercussions soient faibles.) Le surpeuplement, un voisinage prospère et d'autres aspects de la qualité du ménage n'ont aucun effet autre que les associations prévues avec le fait de vivre dans des centres d'hébergement.

4. Accessibilité

On a constaté une relation non prévue entre les meilleurs résultats et un groupe de variables d'accessibilité (aux effets plus ou moins forts) comprenant l'usage d'un téléphone et l'accessibilité à de bons services de transport, à des magasins et à des activités récréatives. La documentation actuelle en ce domaine ne reconnaît pas que la facilité d'accès des malades aux contacts et aux activités dans le monde extérieur est une variable qui influe sur l'issue de leur traitement : les résultats obtenus ici indiquent qu'il faudrait accorder plus d'attention à ce facteur.

Les données qui précèdent sur les caractéristiques et sur les conditions de vie du malade permettent d'établir un ensemble de variables qui laissent espérer l'issue la plus favorable dans les circonstances suivantes :

a) le malade est marié ou l'a déjà été;
b) le malade est de sexe féminin;
c) le malade a facilement accès au monde extérieur;
d) le malade ou son conjoint loue un appartement ou possède une maison;
e) le malade vient d'une classe sociologique élevée;
f) le malade a un niveau de revenu élevé;
g) le malade a des enfants avec lesquels il a des contacts réguliers.

Les circonstances sont énumérées par ordre approximatif d'importance d'après les résultats de trois analyses distinctes : l'analyse de l'ensemble du groupe de malades, l'analyse des malades ayant obtenu des scores extrêmes et l'analyse par régressions multiples.

5. Orientation professionnelle

Il est quelque peu étonnant de constater que les données ne démontrent aucune relation entre les services d'orientation professionnelle et la réussite au travail. Sur ce plan, il est regrettable que le groupe de malades du système 4 ait été si peu nombreux, parce que c'est uniquement dans ce système que l'on a mis fortement l'accent sur l'aide visant à permettre aux malades d'acquérir des compétences de travail et une expérience d'emploi appropriée. En ce qui concerne l'ensemble du groupe, le fait que l'application des programmes de formation professionnelle soit limitée aux malades ayant les capacités fonctionnelles les plus réduites est le facteur qui a le plus empêché d'en démontrer l'efficacité.

6. Rôle des professionnels

Une attention considérable a été consacrée à l'analyse des différences systémiques du point de vue du rôle des professionnels. L'importance de cette analyse découle de considérations de planification très fondamentales. Dans n'importe quel programme de santé mentale, les conseillers et le personnel sont les personnes-ressources les plus importantes et les plus coûteuses. En même temps, les rôles particuliers à chaque discipline, les rôles génériques, la proportion optimale de spécialistes et les considérations de formation et de réglementation professionnelle représentent autant d'aspects d'un domaine litigieux et rempli d'embûches qu'abordent avec beaucoup de précaution les administrateurs de programmes. Commentant les changements apportés aux

services de santé mentale depuis 30 ans, Leighton signale ce qui suit : "... il y a eu beaucoup de tiraillements entre les spécialités, chacune s'appliquant à renforcer son identité, à acquérir une notoriété plus vaste et à se doter du champ d'action désiré pour agir avec indépendance". Comme dans tant d'autres situations qui brillent par les polémiques qu'elles soulèvent, il existe une carence flagrante au niveau de l'information concernant la répartition des rôles interdisciplinaires.

Dans le cadre de cette étude, les données obtenues sur la participation des professionnels ne comprennent pas d'informations détaillées sur les rôles particuliers à chaque discipline; il s'agit uniquement de données sur le nombre de professionnels participant au traitement d'un groupe particulier de malades dans quatre régions du Canada. Ces données orientent la démarche qu'il faut suivre pour tenter de démêler l'écheveau de l'intervention des diverses disciplines de la santé mentale.

Ces données indiquent clairement que ce sont les médecins et les infirmières qui jouent le rôle principal auprès du schizophrène. Ce fait est peut-être relié aux besoins de médicaments et il serait intéressant d'obtenir des données comparables sur d'autres groupes de malades. Le besoin de meilleures données de recherches sur lesquelles s'appuieraient les politiques de répartition de la main-d'oeuvre spécialisée est évident.

7. Programme de traitement et soins communautaires

L'importance, au moment de l'entrevue, des variables relatives aux contacts et à l'appui reçu transpire dans toutes les analyses des associations entre l'issue du traitement et les variables systémiques. Sur 12 comparaisons de variables relatives aux soins actifs, seulement trois

ont démontré des associations significatives avec l'issue, toutes au niveau $p < 0,01$. Il s'agit, pour l'ensemble du groupe, du cadre du traitement et de la durée d'hospitalisation, et pour les malades aux scores extrêmes, du thérapeute principal au cours du dernier épisode. Sur six comparaisons entre l'issue et les variables relatives à la planification du programme de réadaptation, seulement une, celle de l'orientation professionnelle, a présenté une association avec l'issue, dans le cas des malades aux scores extrêmes (une association négative à $p < 0,03$).

Par contre, sur huit comparaisons avec les variables relatives aux contacts courants, toutes ont donné des niveaux de signification variant de 0,02 à 0,001. Les variables étaient l'organisme avec lequel le malade est en contact, les spécialistes avec lesquels il est en contact et les médicaments prescrits.

On pourrait attribuer ces différences aux répercussions plus fortes du traitement en cours par rapport au traitement antérieur, mais on négligerait ainsi l'importance de la portée des résultats. A cause de la nature chronique de la maladie et de l'usage général de neuroleptiques pour atténuer les symptômes et faciliter le congé, le malade schizophrène est, pendant la majeure partie de sa vie d'adulte, le mieux servi par les programmes de maintien dans la collectivité. Les données de l'étude démontrent que l'existence, la nature et la qualité de ces programmes de maintien sont d'une importance capitale pour le bien-être du malade et le pronostic de sa maladie.

8. Différences entre les quatre systèmes

De toutes les variables relatives aux traitements et aux soins, celle qui vient en tête est de loin le système auquel le malade est

exposé, parmi les quatre systèmes de soins étudiés. À cause des scores étonnamment élevés des malades du système 2, nous avons soumis ce système à un examen minutieux, comme il est décrit à l'annexe H. Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle les issues favorables du traitement des malades des systèmes 2 et 3 sont en partie attribuables à des facteurs environnementaux, socio-culturels et économiques et cette possibilité ne doit pas être écartée. Malgré cela, les données confirment si fortement le succès du système 2 qu'il est justifié d'affirmer ce qui suit :

> Les malades du système 2 ont, sur le plan des capacités fonctionnelles, obtenu de bien meilleurs résultats que les malades des trois autres systèmes de soins, avec le plus faible indice d'utilisation de lit psychiatrique par malade, dans un système où la proportion de lits psychiatriques est la plus faible au pays.

En ce qui concerne les malades eux-mêmes, ceux du système 2 ne se différencient pas significativement par des paramètres démographiques comme le sexe, l'état matrimonial et les particularités socio-économiques, sauf qu'ils vivent en plus grande proportion dans les régions rurales et qu'ils ont, à un seuil de confiance peu important ($p < 0,043$), un meilleur accès aux moyens de transport. Il existe une faible association entre la première variable et les résultats mais, on l'a vu, les moyens de transport peuvent avoir un effet. Comme cette variable est en partie fonction de l'efficacité des moyens de transport locaux et de la disponibilité de logements convenables dans des endroits commodes et bien situés, on peut la considérer comme une facette d'un réseau global de services locaux, mais nous n'avons aucune donnée comparative précise permettant de confirmer cette possibilité.

Comme on l'a déjà signalé, en raison de la nature exhaustive de la sélection initiale des sujets, affinée par l'application de critères diagnostiques de recherche, dans tous les systèmes à l'exception du système 4, rien ne nous permet de croire que l'échantillon de malades du système 2 est différent sur le plan pathologique.

Puisque l'on ne peut attribuer les résultats supérieurs obtenus par les malades du système 2 à des variables indépendantes liées aux caractéristiques démographiques, socio-économiques ou pathologiques (bien que la stabilité culturelle et les conditions de vie du malade puissent avoir un certain effet non mesuré), on doit rechercher les facteurs bénéfiques dans les particularités de l'ensemble du système de soins qui différencient le système 2 des autres systèmes.

Les variables systémiques qui différencient le système 2 sont les suivantes :

a) un nombre total de jours d'hospitalisation moins élevé;
b) des séjours individuels plus courts à l'hôpital;
c) une utilisation plus grande des services hospitaliers généraux par rapport aux services psychiatriques;
d) de plus faibles niveaux de consommation courante de médicaments;
e) un plus grand nombre de locataires de chambres individuelles;
f) un moins grand nombre de conférences sur la planification du programme de réadaptation;
g) une participation plus directe du psychiatre à toutes les étapes du traitement;

h) le maintien plus probable d'un contact entre le psychiatre et les malades réinsérés dans la collectivité.

Les données descriptives sur le système 2 exposées à l'annexe J tracent le portrait d'un modèle de soins structuré dont les caractéristiques particulières sont la responsabilité du psychiatre à l'égard des malades réadmis, la surveillance régulière de la condition des malades ambulatoires, la surveillance par un psychiatre du traitement médicamenteux du malade et les excellentes conditions de logement dans la collectivité. On ne peut affirmer avec certitude que l'administration de médicaments, dans ce système, soit davantage adaptée en fonction de l'évolution de la condition du malade, mais on peut le supposer. Ces particularités, ainsi qu'un recours parcimonieux aux lits d'hôpitaux, cadrent avec les différences systémiques déjà citées. Comme il existe une relation entre la participation d'un psychiatre à toutes les étapes du traitement, de l'évaluation initiale au maintien dans la collectivité, et une issue plus satisfaisante, nous pouvons conclure que dans le cas de ces malades schizophrènes, la condition prévoyant le maintien des contacts avec le psychiatre est, dans le système 2, un facteur de succès considérable. Cette condition, conjuguée à un bon programme de logement dans la localité du malade, explique aussi probablement la capacité marquée qu'a ce système d'éviter les longues périodes d'hospitalisation et dans certains cas, d'éviter l'hospitalisation tout court.

Bien que l'accès aux moyens de transport et le fait d'habiter davantage les régions rurales puissent expliquer en partie les résultats des répondants du système 2, l'analyse semble indiquer que c'est dans l'interaction de la post-observation, de la surveillance et de la vérification du programme médicamenteux par un médecin que résident les variables les plus importantes.

Puisque les données actuelles sur les causes des différentes formes de schizophrénie reconnaissent la présence d'une composante génétique et que des recherches récentes semblent admettre l'intervention de plusieurs substrats biochimiques - dopamines, peptides, métabolisme énergétique, amines à l'état de traces - on ne doit pas s'étonner que les façons de prescrire des médecins influent sur l'issue du traitement (pour plus de détails sur ce domaine de recherche, voir Carlsson, 1977; Bowers, 1980; Kessler, 1980; Meltzer, 1980; Hartman et coll., 1980; Seeman, 1980).

À titre de dernier commentaire sur le système 2, mentionnons le débat sur le principe de la psychiatrie communautaire. Étant donné l'importance manifeste accordée aux politiques de déshospitalisation et l'appui consenti aux soins communautaires dans la province du système 2, on serait porté à croire que le rôle du médecin en est restreint. Selon des données sur les variables relatives au traitement et aux soins dans le système 2, cette impression est erronée, car les psychiatres dans ce système ont joué un rôle prépondérant et ce, à toutes les étapes du traitement du malade. Il s'agit donc de renverser l'opinion selon laquelle la "psychiatrie communautaire", qui se caractérise principalement par des services complets de soins ambulatoires, prévoit nécessairement l'intervention généralisée d'un personnel non médical dans des activités cliniques et l'absence d'administration et de surveillance médicales.

Méthodologie et orientation des futures recherches

On a, à plusieurs reprises, soulevé la question concernant la pertinence du recours à l'hospitalisation comme variable dépendante dans les études d'évaluation. Malgré le rendement supérieur du système caractérisé par un faible taux d'hospitalisation dans le cadre de cette

étude, la faible association entre le nombre de jours d'hospitalisation et l'issue du traitement sur le plan fonctionnel* confirme les données à l'échelle nationale selon lesquelles l'hospitalisation varie considérablement d'une région à l'autre du pays et que l'on ne devrait pas la considérer comme une variable de l'issue du traitement. Face à l'ensemble complexe que constituent les politiques, les décisions administratives, les théories de traitement et les styles individuels d'administration de cas, l'utilisation du séjour à l'hôpital comme variable dépendante semble sans valeur.

Un autre commentaire sur les variables de l'issue a trait à la justification, dans l'étude, du recours à des indices concrets des capacités fonctionnelles. L'analyse de l'échelle d'adaptation sociale de Weissman montre que, dans cette échelle, l'indice relatif à l'emploi reflète non seulement la capacité de travailler, mais aussi l'axe anxiété-dépression qui traverse toute l'échelle. Dans l'inventaire plus fonctionnel utilisé dans la présente étude, l'indice de la capacité de travailler fournit des renseignements indépendants d'un autre indice appelé "rapports sociaux". Les associations différentes entre ces indices et les variables particulières aux malades et aux systèmes en sont la preuve. Il semble important pour le chercheur de déterminer exactement la nature des renseignements requis et d'appliquer l'échelle appropriée.

---

* On n'a observé aucune association pour les malades aux scores extrêmes et une faible association relativement à deux variables (capacité de travailler et autonomie) pour l'ensemble du groupe.

Parmi les scores globaux de l'étude, c'est l'indice des "soins personnels" qui s'est révélé le moins probant, car il avait tendance à surévaluer énormément les capacités. Par conséquent, il semble souhaitable d'adapter les échelles au degré de capacités fonctionnelles prévu du groupe étudié. Ainsi, les échelles éprouvées sur des groupes hospitalisés, qui sont les plus accessibles aux chercheurs (et qui ont servi de modèle de base à l'élaboration de cet indice), portent vraisemblablement sur des degrés plus faibles de capacités fonctionnelles, et ne conviennent pas à un groupe composé d'une forte proportion de malades ambulatoires. Cette question n'est pas sans importance, étant donné que les soins ambulatoires sont la principale forme de soins psychiatriques.

La prépondérance étonnamment marquée du groupe des variables d'accessibilité mérite une étude plus poussée. Comme ces variables semblent influer sensiblement sur les capacités fonctionnelles des malades, on devrait les définir et les éprouver de façon plus précise.

Les questions des méthodes d'ordonnance et de la surveillance du programme médicamenteux par un spécialiste sont probablement celles qui justifient le plus une analyse plus approfondie. On devrait particulièrement vérifier l'hypothèse selon laquelle la continuité et la régularité des rapports entre le médecin et le malade schizophrène traité avec des médicaments influent considérablement sur son état de santé et de bien-être. À la lumière d'un rapport présenté au ministère ontarien de la Santé (Heseltine, 1982) et recommandant notamment de confier principalement aux infirmières hygiénistes la responsabilité de surveiller la médication des malades psychiatriques chroniques, cet argument revêt une certaine force.

Limites et contraintes

Une entreprise de cette nature était à la fois unique et attendue depuis longtemps. Malgré les différences frappantes entre les provinces canadiennes, aucune étude comparative interprovinciale n'avait jamais été tentée. Étant donné l'ampleur géographique de l'entreprise de même que la portée et l'étendue du phénomène à l'étude, il a fallu inévitablement surmonter d'importantes difficultés d'ordre pratique. Ces dernières ont entraîné une succession de limites et de contraintes que l'on ne rencontre pas dans les enquêtes locales contrôlables.

Les travaux de recherche, portant sur des cliniques et des hôpitaux locaux et faisant appel à du personnel local, ont été effectués en conformité avec les exigences locales relativement à l'accès aux dossiers et à la façon d'aborder les malades; il en a résulté quelques différences locales dans l'échantillonnage du groupe étudié. Dans la mesure du possible, nous avons traité ces question uniformément à chaque endroit, par exemple, en utilisant le même texte explicatif pour présenter l'interviewer. Cependant, comme il a été signalé dans un chapitre précédent, la facilité de rejoindre les malades a forcément varié d'un endroit à l'autre - la condition très contraignante relativement à l'initiative et à l'approbation des malades dans le système 4 étant la plus limitative. Par contre, les travaux de recherche pour le système 3, portant sur les seuls établissements de santé mentale de deux petites villes, ont le mieux réussi à repérer les malades et à s'assurer leur collaboration. L'analyse des paramètres descriptifs des malades permet de conclure que, si les groupes étudiés diffèrent quant à leur taille, ils sont essentiellement semblables sur les autres plans.

Le recours aux dossiers des malades comme sources de données sur l'histoire du cas s'est avéré une autre cause possible d'inégalité,

puisqu'on n'a pu établir avec certitude que les dossiers étaient tenus de façon strictement identique d'un bout à l'autre du pays. L'utilisation du terme "administrateur de cas", qui était l'un des éléments d'information requis, en est un exemple. A mesure que les résultats étaient connus et soumis à l'analyse du personnel sur le terrain, on a constaté que ce terme était interprété différemment selon les localités et pas du tout utilisé dans d'autres. Il a donc été décidé de ne pas inclure les données sur cette question. De même, comme il a été impossible d'enregistrer de façon fiable les concentrations de médicaments prescrites par toutes les sources et observées au fil des années, depuis le début du traitement, on a convenu d'utiliser seulement les concentrations administrées au moment de l'enquête pour déterminer les équivalents de chlompromazine.

Aussi, en ce qui concerne les renseignements contenus dans les dossiers, bien que les données sur le thérapeute principal et le genre de traitement administré aient sans doute été enregistrées de façon fiable, il n'en est pas de même pour les renseignements sur les conférences de cas ou la planification du programme de réadaptation. A cet égard, les variantes allaient du traitement rapide et routinier d'un paquet de dossiers à la non-consignation de décisions importantes prises au cours de discussions non formelles. Cependant, comme on l'a déjà mentionné, le seul fait d'enregistrer la tenue de conférences est une caractéristique d'un système de soins et ces données ont été incluses dans les résultats fournis. Comme on l'a vu, les résultats ont principalement permis de démontrer que les malades dont les capacités fonctionnelles étaient les plus faibles faisaient plus souvent l'objet de conférences de cas, résultat prévu qui renforce la probabilité que la plupart des données sur ce point soient fiables.

Comme dans n'importe quelle recherche scientifique, il serait utile de répéter l'expérience sur d'autres sujets, dans ce cas-ci, sur d'autres groupes de malades. Bien que cela soit évident, il pourrait être utile de signaler que les résultats risquent d'être très différents lorsque les sujets sont des malades atteints de troubles affectifs, à plus forte raison s'il s'agit de l'ensemble considérable d'affections névrotiques ou de troubles de la personnalité à la limite du pathologique. De plus, en dépit des nombreuses difficultés d'ordre pratique que comportent de telles investigations, il serait des plus utiles et des plus instructifs de compléter ces résultats en effectuant des recherches semblables dans d'autres endroits au Canada.

CHAPITRE 6 - CONCLUSION

Les résultats de l'étude, eu égard aux objectifs et hypothèses précisés au chapitre 2, sont les suivants :

1. Conditions de vie du malade

- Par rapport aux malades de sexe masculin, les malades de sexe féminin bénéficient d'un environnement protecteur et d'un niveau de vie supérieur et elles vivent en moins grand nombre dans des centres d'hébergement; ces conditions sont liées au fait que les femmes vivent plus fréquemment avec des parents, y compris un conjoint. Les malades masculins sont plus sujets à subir une détérioration sociale.

- Les femmes ont obtenu de meilleurs résultats que les hommes pour toutes les mesures fonctionnelles, sauf pour l'activité physique.

- L'état matrimonial, le niveau du revenu, la classe sociologique d'origine, le genre et les modalités de logement et l'accès aux services dans la collectivité comptent parmi les conditions de vie des malades qui assurent une issue plus satisfaisante.

- Il n'y a pas de différence entre les systèmes pour ce qui est des niveaux de vie des malades et le système 2 diffère légèrement des autres systèmes seulement sur le plan de la disponibilité des moyens de transport.

2. **Variables systémiques**

- Les malades du système 2 étaient hospitalisés moins longtemps et leur posologie était moins élevée au moment de l'enquête et les psychiatres jouaient un rôle plus prépondérant en ce qui concerne les programmes de réadaptation et les contacts maintenus avec le malade dans son milieu. La participation du personnel non médical, les services d'orientation professionnelle et l'accès à des services spéciaux comme les programmes de soins infirmiers et les cliniques communautaires sont aussi des variables qui font ressortir des différences entre les systèmes.

- On a noté des liens entre divers éléments, notamment l'intervention des professionnels autres que les médecins, d'une part, et les malades à faibles capacités fonctionnelles, d'autre part.

- En ce qui concerne l'issue du traitement, les malades du système 2 ont mieux réussi que ceux des autres systèmes, suivis généralement par ceux du système 3. Les variables systémiques qui distinguent le système 2 correspondent à peu près aux éléments du traitement associés à de meilleurs résultats pour l'ensemble du groupe de malades.

- Le nombre de jours d'hospitalisation des malades du système 2 a été beaucoup moins élevé que chez les malades des autres systèmes. Puisque l'on ne disposait pas de données fiables et complètes sur l'utilisation des lits d'hôpitaux, sauf pour les systèmes 2 et 3, on n'a pas procédé à une comparaison complète entre les systèmes en vue de les classer, ni à des mesures du degré de conformité avec les données nationales.

Profil de santé

Tout au long de la présentation des résultats, il est question d'un "profil de santé" des malades schizophrènes. Ce profil est établi

selon de nombreux facteurs favorables à l'issue du [illegible] dont certains ne peuvent être considérés comme indépendants parce qu'ils sont, en partie, fonction de l'état de santé et du bien-être du malade. La liste de ces particularités est présentée ci-après, sous une forme surtout descriptive. Comme on pouvait s'y attendre, certains éléments de la liste des facteurs déjà mentionnés permettant d'espérer une issue favorable sont inclus.

Profil de santé des malades schizophrènes

a) Le malade a ou a déjà eu un conjoint;
b) le malade a des enfants avec lesquels il a des contacts réguliers;
c) le malade ou son conjoint loue ou possède un appartement ou une maison;
d) le malade a facilement accès aux services de transport, aux magasins et à d'autres services;
e) le malade lit beaucoup;
f) le malade dispose d'un téléphone;
g) en cas de crise, le malade chercherait assistance auprès d'un membre de sa famille ou d'un ami;
h) le revenu familial du malade est élevé.

Systèmes de soins

Les résultats supérieurs des malades du système 2 laissent supposer un programme de traitements et de soins de meilleure qualité dans ce système; cela confirme les résultats des analyses statistiques selon lesquelles les variables systémiques qui différencient le système 2 sont celles qui assurent une issue plus satisfaisante dans l'ensemble. Bien qu'il soit impossible d'attribuer un coefficient précis à la contribution du "système", par rapport aux éléments qui le composent, il est clair, d'après la stabilité et la constance des résultats du système global, que les avantages qu'en ont tirés les malades étaient principalement une conséquence intrinsèque du système global. Le système 2

est un système public provincial qui préconise fortement les courts séjours à l'hôpital et le maintien du malade dans la collectivité. Stéréotype de psychiatrie communautaire qui s'inspire largement de l'expérience américaine en matière de centres communautaires de santé mentale, il est attaqué ou défendu par les partisans des deux idéologies opposées qui se préoccupent peu d'analyser la réalité canadienne. Il se peut que l'un des principaux mérites de l'étude ait été d'avoir démontré que l'expérience canadienne en matière de psychiatrie communautaire diffère de celle des Américains et qu'il est possible de combiner, avec succès, des pratiques cliniques sûres et le maintien des malades dans un cadre normal de vie communautaire.

L'analyse des données démontre clairement que les mesures qui assurent les rapports et le soutien continus après une crise aiguë sont essentielles au bien-être du malade.

La constatation selon laquelle les malades les plus désavantagés sur le plan fonctionnel (et dont le traitement est le moins gratifiant) sont dirigés par les spécialistes et les services médicaux vers les travailleurs et les organismes sociaux devrait faire l'objet d'une analyse au niveau des programmes locaux. Les services sociaux fournis aux malades chroniques sont une entreprise louable en soi mais, s'il en résulte une rupture des contacts avec les services médicaux, il y a lieu de s'inquiéter au sujet de ce groupe particulier de malades.

En plus de cette tendance à recourir aux services sociaux, on devrait aussi se préoccuper de la mesure dans laquelle les psychiatres suivent systématiquement leurs malades afin de ne pas "les perdre". Les interviewers ont rencontré à plusieurs reprises, dans les systèmes 1 et 4, des malades atteints d'un dysfonctionnement grave qui n'avaient pas rencontré de psychiatre ou de travailleur de la santé mentale depuis des années. (Comme ces malades vivaient dans un cadre familial, aucune autorité extérieure n'était au courant de la situation.) Ici, quelques-unes des méthodes de vérification appliquées dans le système 2 méritent peut-être un examen attentif.

Conditions de vie du malade

La différence frappante entre les conditions de vie et l'état de bien-être des hommes et des femmes mérite d'être soulignée. Elle révèle que les malades de sexe masculin sont plus exposés à la détérioration socio-économique et générale. Les spécialistes de la santé mentale devraient se sensibiliser davantage à ce facteur de risque, analyser plus en profondeur les conditions de vie des malades de sexe masculin et voir à ce qu'ils restent en contact avec les services locaux.

On a aussi constaté, en plus des différences de degrés de bien-être selon le sexe, des différences entre les malades mariés et les malades célibataires, différences que l'on peut généraliser à une distinction entre les malades qui n'ont aucun soutien familial et ceux qui bénéficient, à un certain degré, de la protection et de l'aide de leur famille. Par conséquent, les cliniciens devraient considérer l'isolement comme un facteur de risque de détérioration sociale.

De plus, l'analyse des conditions de vie des malades devrait tenir compte des questions d'accessibilité, c'est-à-dire des éléments qui permettent de se déplacer plus facilement et de bénéficier des activités, des services et des contacts humains qu'offre la vie communautaire. (Les résultats de l'étude indiquent, toutes choses étant égales par ailleurs, qu'un malade réussit mieux dans un logement surpeuplé, dans un quartier défavorisé du centre-ville que dans un logement propre et spacieux, situé en banlieue, loin des services de transport.)

Résumé des résultats de l'étude

En résumé, nous avons établi, entre les quatre systèmes de soins, des différences sur le plan des composantes des programmes de traitement. Il a été démontré que certaines de ces différences procuraient aux malades une issue plus satisfaisante et qu'un système en particulier, caractérisé par ces facteurs, assurait de meilleurs résultats.

Bien qu'il soit impossible de transposer ailleurs un système de soins conçu dans un milieu en particulier, nous avons mis en évidence des paramètres de programme qui pourraient faciliter l'élaboration et l'orientation des programmes de traitement à l'intention des schizophrènes. En outre, les particularités liées au sexe et aux conditions de vie qui ont influé sur l'issue du traitement ont permis de dégager, pour ce groupe de malades, des principes utiles à l'usage des administrateurs de cas.

Il a été mentionné au début du rapport que l'étude aborderait la question complexe et difficile du consensus en ce qui concerne les programmes de traitement pour les malades schizophrènes. On ne réalisera aucun progrès dans le traitement et le soulagement durables des malades atteints de ce trouble psychique grave, responsable de tant de souffrance et de désintégration sociale, tant que des investigations comme la présente enquête ne seront pas entreprises. En l'absence de données scientifiques solides, la croyance non fondée en des théories démodées et dangereuses, combinée à l'opportunisme politique et aux considérations budgétaires, feront en sorte que les programmes destinés à ce groupe de malades qu'il est si peu gratifiant de soigner, continueront d'être désorganisés et bien souvent, insuffisants.

La présente étude, réalisée malgré d'énormes difficultés d'ordre pratique, constitue une percée unique dans le domaine. Nous souhaitons qu'elle suscite d'autres recherches nécessaires en matière de traitement du malade psychiatrique chronique et qu'elle contribue véritablement aux progrès des systèmes de traitement qui, comme on le suggère en première page, devraient avoir des effets aussi humanitaires que thérapeutiques et être en même temps convenables sur le plan social et efficaces dans leur utilisation des ressources humaines et matérielles.

ANNEXE A

Critères servant à raffiner l'échantillon de malades

Critères d'exclusion1

1) Alcoolisme

2) Manifestation d'affections cérébrales grossières, y compris l'épilepsie

3) Manifestation de troubles toxiques, métaboliques ou endocriniens

4) Manifestation de déficience mentale

5) Diagnostic subséquent d'un trouble autre que la schizophrénie

Critères d'inclusion2

A - Au moins deux des critères suivants :

1) Projection des pensées, introversion ou repli sur soi

2) Délires de contrôle, autres délires bizarres ou délires multiples

3) Délires autres que les délires de persécution ou de jalousie, durant au moins une semaine

4) Délires de tous genres accompagnés d'hallucinations de tous genres durant au moins une semaine

5) Hallucinations auditives au cours desquelles une voix commente continuellement les comportements ou les pensées du sujet, ou deux voix ou plus conversent entre elles

6) Hallucinations verbales non affectives perçues par le sujet

7) Hallucinations de tous genres durant toute une journée, pendant plusieurs jours ou par intermittence, pendant au moins un mois

Critères d'inclusion (suite)

8) Manifestations précises de troubles de la pensée

9) Troubles psychomoteurs catatoniques évidents

B - Une période de maladie durant au moins deux semaines.

1 de Bland, R.C.
2 de Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E.

ANNEXE B

Inventaire interprovincial de données

Système	1 2 3 4
Données démographiques	
Sexe	Homme Femme
Groupe d'âge	moins de 19 20-29 30-39 40-49 50 et plus
État matrimonial	Marié(e) Veuf - Veuve Divorcé(e) - Séparé(e) Célibataire Union libre
Revenu	10 tranches à échelons de 4000 $
Situation socio-économique	4 catégories
Renseignements sur le logement	
Milieu	Urbain Rural
Nombre total de parents en contact régulier	Parents et grands-parents Frères et soeurs Enfants Autres que le conjoint
Genre de logement	Chambre partagée Chambre individuelle Suite Appartement Maison Foyer de groupe surveillé Centre d'accueil pour personnes âgées Centre de soins de longue durée Autres

Renseignements sur le logement (suite)

Surveillance	Aucune Lors de visites Sur place
Durée du séjour dans le logement actuel -	3 mois 3 mois à 1 an 1 an à 2 ans 2 ans
Nombre de personnes habitant avec le malade -	Apparentées Non apparentées (jusqu'à un maximum de 8)
Modalités de logement -	Logement loué Logement possédé Chambre hors famille Chambre dans une famille Centre d'hébergement Autres
Qualité de l'ameublement -	Très pauvre Moyenne Très bonne
Téléviseur -	Oui Non
Téléphone -	Oui Non
Espace disponible -	Surpeuplé Moyen Très spacieux

Nombre de personnes qui partagent la salle de bain

Nombre de personnes qui partagent la cuisine

Voisinage -	Détérioré Moyen Prospère
Magasins -	Facilement accessibles Moyennement accessibles Pas du tout accessibles

Renseignements sur le logement (suite)

Activités récréatives -
- Facilement accessibles
- Moyennement accessibles
- Pas du tout accessibles

Cour extérieure à l'usage des malades -
- Oui
- Non

Nombre de personnes qui partagent la salle de séjour et d'autres salles de récréation.

S'il s'agit d'un centre d'hébergement, les malades reçoivent-ils la visite d'un intervenant?
- En tout temps
- Régulièrement, à des moments précis
- Rarement

S'il s'agit d'un centre d'hébergement, les malades reçoivent-ils la visite d'un intervenant?
- Oui
- Non

Renseignements sur le contact initial avec le système de soins psychiatriques :
- Psychiatre seul
- Psychiatre et psychologue
- Psychiatre et travailleur social
- Psychiatre et infirmière
- Psychiatre, psychologue et infirmière
- Psychiatre, psychologue, infirmière et travailleur social
- Psychiatre, travailleur social et infirmière
- Psychiatre et omnipraticien

D'autres spécialistes médicaux ont-ils participé à l'évaluation et au diagnostic?
- Oui
- Non

Année du contact initial -

Renseignements sur les épisodes de crise aiguë
(Renseignements sur les trois derniers épisodes)

Mode de traitement -
- Psychothérapie individuelle intensive
- Counseling individuel
- Thérapie de groupe
- Thérapie comportementale

Ergothérapie
Sociothérapie
Chimiothérapie
Electrochocs
Thérapie familiale

Thérapeute principal

Psychiatre
Psychologue
Travailleur social
Infirmière
Ergothérapeute
Omnipraticien
Autres

Cadre du traitement

Hôpital psychiatrique, internement volontaire
Hôpital psychiatrique, internement d'office
Hôpital général
Centre de soins de jour
Service privé de consultations externes
Clinique de consultations externes
Médecin de famille
Autres

Durée de l'hospitalisation en jours jusqu'à 99 jours, par épisode

Nombre de mois d'hospitalisation au-delà de 99 jours, par épisode

Nombre total de jours d'hospitalisation, tous les épisodes

Renseignements sur les services de réadaptation

Personnes qui ont participé à la planification du programme de réadaptation (encercler 3 réponses)

Psychiatre
Psychologue
Travailleur social
Infirmière
Omnipraticien
Autre professionnel de la santé
Ergothérapeute

Les membres de l'équipe multidisciplinaire ont-ils tenu une conférence?

Oui
Non

Renseignements sur les services de réadaptation (suite)

Forme d'orientation professionnelle fournie -

(i) Programme officiel d'évaluation ou de formation
(ii) Programme d'aide à la recherche d'un emploi
(iii) Disponibilité d'um emploi adapté aux besoins du malade
(i) et (ii)
(i) et (iii)
(ii) et (iii)
(i), (ii) et (iii)
Aucune aide spéciale
Aide refusée ou non requise

Organisme qui assure le contact avec le malade -

Clinique de consultations externes
Clinique communautaire
Cabinet du psychiatre
Omnipraticien
Organisme local
Programme spécial de soins infirmiers
Autres
Aucun

Spécialiste qui assure le contact avec le malade -

Psychiatre
Omnipraticien
Psychologue
Travailleur social (service de santé mentale)
Travailleur social (organisme communautaire)
Infirmière (service de santé mentale)
Infirmière (santé communautaire)
Orienteur professionnel
Aucun

Renseignements sur le fonctionnement social du malade

1. Capacité de travailler

Le malade peut planifier et gérer ses affaires domestiques, y compris son budget -

Seul
Avec de l'aide
Seulement sous surveillance

Renseignements sur le fonctionnement social du malade (suite)

Pas du tout
Sans objet

Le malade peut se charger de l'achat des aliments nécessaires au ménage -

Seul
Avec de l'aide
Seulement sous surveillance
Pas du tout
Sans objet

Le malade peut faire la cuisine et nettoyer la maison -

Seul
Avec de l'aide
Seulement sous surveillance
Pas du tout
Sans objet
Aucune donnée

Activité professionnelle du malade -

Emploi normal à plein temps
Emploi normal à temps partiel
Emploi dans un milieu protégé
Sans emploi
Travail autonome
Sans objet

Quel emploi occupe-t-il maintenant?

Quel emploi occupait-il avant sa maladie? (établissement d'un indice de changement)

Depuis combien de temps occupe-t-il son emploi actuel?

Durée réelle en mois (codée d'après une échelle de temps en 5 points)

Au travail, le malade - A un bon rendement - aucun problème
Éprouve quelques difficultés
Éprouve beaucoup de difficultés
Est incapable de travailler
Sans objet

Renseignements sur le fonctionnement social du malade (suite)

Le malade est-il ponctuel au travail

Oui
La plupart du temps
Non
Sans objet

Proportion des congés de maladie au cours des 6 derniers mois -

Moins de 10 %
10 à 40 %
41 à 70 %
Plus de 70 %
Sans objet

2. Soins personnels

Mesure dans laquelle le malade peut assumer la responsabilité de prendre ses médicaments - (vérifier le programme de médicaments)

Entière responsabilité
Sous surveillance
Pas du tout
Sans objet

Mesure dans laquelle le malade peut s'occuper de ses propres vêtements - (comprend les situations où d'autres personnes se chargent de la lessive et de la couture)*

Entière responsabilité
Sous surveillance
Pas du tout
Sans objet

* Dans le cas d'un homme dont la responsabilité des vêtements a toujours été assumée efficacement par une femme (sortir les vêtements propres, décider quels vêtements faire nettoyer à sec, etc.), indiquer "sans objet".

Renseignements sur le fonctionnement social du malade (suite)

Mesure dans laquelle le malade peut acheter ses propres vêtements**

Seul
Seulement avec de l'aide
Absolument incapable
Sans objet

En ce qui concerne (a) le coucher, (b) le lever, (c) les repas, le malade -

Fonctionne de façon normale et responsable
Fonctionne seulement avec de l'aide
Ne fonctionne que sous surveillance complète
Sans objet

3. Autonomie

Mesure dans laquelle le malade peut administrer son budget -

Entièrement
Sous surveillance
Pas du tout

Le malade s'occupe-t-il de ses affaires bancaires?

Oui
Non

Mesure dans laquelle le malade participe à des activités récréatives (à l'exclusion de la télévision) -

De façon autonome
Avec de l'aide
Seulement sous surveillance
Pas du tout

** Dans le cas d'un homme qui a toujours eu une femme qui s'est occupée de l'achat de ses vêtements ou qui l'a aidé à faire ses achats, inscrire "sans objet".

Renseignements sur le fonctionnement social du malade (suite)

Période écoulée depuis la dernière sortie du malade -

Moins de 1 semaine
1 à 3 semaines
Plus de 3 semaines, mais moins de 2 mois
2 à 6 mois
Plus de 6 mois, mais moins de 1 an
1 an ou plus

Préciser la nature de la sortie -

En ce qui concerne l'organisation générale de sa vie et la prise de décisions, le malade -

Assume les principales responsabilités en ce qui concerne sa vie
Ne prend des décisions qu'avec l'approbation d'autres personnes
Participe quelque peu à la prise des décisions
Doit laisser les autres prendre les décisions

Mesure dans laquelle le malade s'adonne à des passe-temps (y compris la lecture) -

De façon autonome
Sous surveillance
Pas du tout

Le malade conduit-il une voiture?

Oui
Non

4. Activités

Comment passe-t-il la journée? (jour normal de semaine) -

Renseignements sur le fonctionnement social du malade (suite)

Matinée | Après-midi

Soirée

Quel genre de lecture fait-il?

Combien de publications lit-il par mois?

A-t-il fait lui-même des appels téléphoniques au cours de la dernière semaine?

Oui
Non

Dans l'affirmative - combien d'appels?

5. Rapports sociaux

Le malade participe à des activités récréatives -

En groupes organisés de façon indépendante
Avec des groupes axés sur la réadaptation
Avec une autre personne
Solitairement

Fréquence des rencontres avec des amis à l'extérieur de la maison -

Une fois ou plus par semaine
Deux ou trois fois par mois
Environ une fois par mois
Seulement par hasard au travail, à l'école ou dans le voisinage
Jamais

Ses rapports avec les autres sont -

Bons (rapports normaux, certains rapports intimes)
Moyens (certains rapports, plutôt restreints)
Mauvais (aucun rapport intime, risque de dispute)

Renseignements sur le fonctionnement social du malade (suite)

Très mauvais (n'a pas d'ami, évite les contacts)

6. Sensation de bien-être

Avez-vous eu des problèmes graves au cours des six derniers mois?

Voulez-vous m'en parler?
Avez-vous pu résoudre ce problème?
Oui
Non
J'essaie
Sans objet

Qu'est-ce qui a rendu la situation difficile?

A qui demanderiez-vous de l'aide si vous aviez un problème? (personnes nommées (deux au maximum))
Psychiatre
Omnipraticien
Psychologue
Travailleur social
Infirmière
Orienteur professionnel - ergothérapeute - agent de police - ministre du culte
Famille
Ami
Personne
Aucun 2e choix

En général, êtes-vous satisfait de votre situation de vie actuelle?
Très satisfait
Moyennement satisfait
Insatisfait

Etes-vous satisfait de votre façon de vivre?

Etes-vous satisfait de votre emploi?

Etes-vous satisfait de votre vie sociale?

Renseignements sur le fonctionnement social du malade (suite)

Croyez-vous avoir besoin d'aide supplémentaire?

Non
Parfois
Oui
Aucune réponse

Etes-vous confiant en ce qui concerne vos plans d'avenir?

Très confiant
Moyennement confiant
Sans confiance
Aucune réponse

Symptomatologie

Présence ou absence de symptômes en ce moment -

Aucune manifestation de symptômes
Signes et symptômes légers parfois, ou signes et symptômes moyens rarement
Signes et symptômes moyens parfois
Signes et symptômes graves parfois, ou signes et symptômes moyens continuellement
Signes et symptômes graves et continus

Renseignements sur le degré de satisfaction à l'égard du traitement

Que pensez-vous du traitement que vous avez reçu au _____ (nom du service) _____ de santé mentale

Selon vous, quels changements devrait-on apporter?

Renseignements sur l'usage actuel de médicaments (jusqu'à 3 ordonnances)

Le malade prend-il présentement des médicaments?

Non
Oui
Mégavitamines

Respecte-t-il les ordonnances?

- Tout à fait
- Partiellement
- Pas du tout
- Aucun médicament prescrit

Durée en mois -

Voies d'administration -

- Perorale
- Intraveineuse
- Intramusculaire
- Autre

Personne qui administre les médicaments -

- Malade lui-même
- Médecin
- Infirmière
- Autre

Posologie en milligrammes -

Fréquence par semaine -

ANNEXE C

Conditions de logement selon le sexe

TABLEAU 1

Malades vivant avec des parents, des personnes non apparentées ou seuls, selon le sexe

Nombre Pourcentage de la ligne	Vivant avec des parents	Vivant avec des personnes non apparentées	Vivant avec les deux	Ne vivant pas seul	Vivant seul	Totaux des malades	Nombre moyen de parents membres du ménage*
Hommes							
Nombre	55	43	5	93	16	109	2,4
Pourcentage	50,4	39,5	4,6	85,3	14,7	100,0	
Femmes							
Nombre	56	8	2	62	11	73	1,7
Pourcentage	76,7	10,9	2,7	84,9	15,1	100,0	
Hommes et femmes							
Nombre	111	51	7	155	27	182	2,1
Pourcentage	61,0	28,0	3,8	85,2	14,8	100,0	

*Ménage qui comprend des parents.

TABLEAU 2

Genre de logement, selon le sexe

Genre de logement	Hommes	Femmes	Totaux
Chambre individuelle	9 8,3	2 2,7	11 6,0
Suite*	8 7,3	1 1,4	9 4,9
Total des logements à une pièce	17 15,6	3 4,1	20 11,0
Appartement	20 18,3	16 21,9	35 19,2
Maison	54 49,5	49 67,1	104 57,1
Roulotte	0 0,0	2 2,7	2 1,1
Total des logements privés	91 83,5	70 95,9	161 88,5
Foyer de groupe surveillé	12 11,0	1 1,4	13 7,1
Centre d'accueil pour personnes âgées	0 0,0	1 1,4	1 0,5
Hôpital	6 5,5	1 1,4	7 3,8
Total des établissements de soins de tous genres	18 16,5	3 4,1	21 11,5
TOTAUX	109 100,0	73 100,0	182 100,0

* Chambre individuelle avec installations sanitaires.

TABLEAU 3

Modalités de logement, selon le sexe

Modalités de logement	Hommes	Femmes	Totaux
Logement loué	41 37,6	28 38,4	69 37,9
Logement possédé	16 14,7	30 41,1	46 25,3
Chambre hors famille	7 6,4	1 1,4	8 4,4
Chambre dans une famille	32 29,4	11 15,1	43 23,6
Centre d'hébergement	13 11,9	3 4,1	16 8,8
Totaux	109 100,0	73 100,0	182 100,0

La divergence apparente en ce qui concerne les nombres de malades de sexe masculin dans la catégorie "Centre d'hébergement" provient de la séparation entre les petits et les grands foyers de groupes dans la colonne "Modalités de logement". Cinq petits foyers de groupes ont été comptés dans la catégorie "Chambre hors famille".

TABLEAU 4

Niveaux de revenu du ménage, selon le sexe

Nombre Pourcentage de la ligne	HOMMES	FEMMES	TOTAUX
$6 000	53 48,6	15 20,5	68 37,4
$6 100 – $10 000	12 11,0	18 24,6	30 16,5
$10 100 – $14 000	13 11,9	7 9,6	20 11,0
$14 100 – $18 000	3 2,8	11 15,1	14 7,7
$18 100 – $22 000	10 9,2	5 6,8	15 8,2
$22 100 – $26 000	8 7,3	7 9,6	15 8,2
$26 100	10 9,1	10 13,7	20 11,1
Totaux	109 100,0	73 100,0	182 100,0
Revenu moyen*	$11 551	$14 276	$12 824

* La différence selon le sexe est significative au niveau p . 0,02.

TABLEAU 5
Groupes socio-économiques, selon le sexe

Nombre Pourcentage de la ligne	1 *	2	3	4	Totaux
Hommes	1 0,9	27 24,8	62 56,9	19 17,4	109 100,0
Femmes	2 2,7	19 26,0	43 58,9	9 12,3	73 100,0
Hommes et femmes	3 1,6	46 25,3	105 57,8	28 15,4	182 100,0

* 1 représente le plus élevé.

TABLEAU 6
Modalités de logement, selon la tranche de revenu

Nombre Pourcentage de la ligne	Logement loué	Logement possédé	Chambre hors famille	Chambre dans une famille	Centre d'hébergement	Totaux
$6 000	32 47,1	9 13,2	5 7,4	10 14,7	12 17,6	68 100,0
$6 100 - $10 000	14 46,7	6 20,0	1 3,3	7 23,3	2 6,7	30 100,0
$10 100 - $14 000	8 40,0	6 30,0	2 10,0	4 20,0	0 0,0	20 100,0
$14 100 - $18 000	5 35,7	6 42,9	0 0,0	3 21,4	0 0,0	14 100,0
$18 100 - $22 000	5 33,3	4 26,7	0 0,0	6 40,0	0 0,0	15 100,0
$22 100 - $26 000	3 20,0	6 40,0	0 0,0	6 40,0	0 0,0	15 100,0
$26 100	2 10,0	9 45,0	0 0,0	7 35,0	2 10,0	20 100,0
TOTAUX	69 37,9	46 25,3	8 4,4	43	16 8,8	182 100,0

TABLEAU 7
Genre de logement, par tranche de revenu

Nombre Pourcentage de la ligne Tranche de revenu	Chambre à une pièce	Appartement	Maison	Roulotte	Centre d'hébergement de tout genre	Total
$6 000	13 19,1	14 20,6	23 33,8	1 1,5	17 25,0	68 100,0
$6,100 - $10 000	4 13,3	9 30,0	14 46,7	1 3,3	2 6,7	30 100,0
$10 100 - $14 000	1 5,0	5 25,0	14 70,0	0 0,0	0 0,0	20 100,0
$14 100 - $18 000	0 0,0	2 14,3	12 85,7	0 0,0	0 0,0	14 100,0
$18 100 - $22 000	0 0,0	4 26,7	11 73,3	0 0,0	0 0,0	15 100,0
$22 100 - $26 000	2 13,3	0 0,0	13 86,7	0 0,0	0 0,0	15 100,0
$26 100	0 0,0	1 5,0	17 85,0	0 0,0	2 10,0	20 100,0
TOTAUX	20 11,0	35 19,2	104 57,1	2 1,1	21 11,5	182 100,0

Du nombre total de malades, 57,1 p. 100 ou 104 malades vivaient dans des maisons, de loin le genre de logement individuel le plus important. De ce nombre, 23 malades ou 22 p. 100, avaient un revenu familial inférieur à 6000 $. Le fait que dans la tranche de revenu la plus faible, on retrouve une proportion aussi élevée que 33,8 p. 100 de malades qui vivent dans des maisons témoigne de la qualité relativement élevée du logement au Canada.

ANNEXE D

Conditions de logement, par système

TABLEAU 1

Genre de logement, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Chambre individuelle	Suite	Appartement	Maison	Centre d'hébergement	Roulotte	Totaux
Système 1	6 11,8	0 0,0	13 25,5	28 54,9	4 7,8	0 0,0	51 100,0
Système 2	2 5,4	4 10,8	7 18,9	20 54,1	2 5,4	2 5,4	37 100,0
Système 3	3 4,2	5 6,9	9 12,5	41 56,9	14 19,4	0 0,0	72 100,0
Système 4	0 0	0 0	6 27,3	14 63,6	2 9,1	0 0,0	22 100,0
Tous les systèmes	11 6,0	9 4,9	35 19,2	103 56,6	22 12,1	2 1,1	182 100,0

TABLEAU 2

Nombre de malades qui vivent dans des régions urbaines ou rurales*, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Région urbaine	Région rurale	Totaux
Système 1	41 80,4	10 19,6	51 100,0
Système 2	27 73,0	10 27,0	37 100,0
Système 3	59 81,9	13 18,1	72 100,0
Système 4	21 95,5	1 4,5	22 100,0
Tous les systèmes	148 81,3	34 18,7	182 100,0

* Agglomérations de moins de 4000 habitants.

TABLEAU 3
Qualité du voisinage, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Pauvre	Moyen	Prospère	Totaux
Système 1	3 6,0	34 68,0	13 26,0	50 100,0
Système 2	3 8,1	23 62,2	11 29,7	37 100,0
Système 3	38 52,8	28 38,9	6 8,3	72 100,0
Système 4	18 81,8	3 13,6	1 4,5	22 100,0
Tous les systèmes	109 60,2	64 35,4	8 4,4	181 100,0

TABLEAU 4

Accessibilité des services de transport, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Accès facile	Accès moyen	Aucun accès	Totaux
Système 1	26 52,0	23 46,0	1 2,0	50 100,0
Système 2	27 73,0	10 27,0	0 0,0	37 100,0
Système 3	38 52,8	28 38,9	6 8,3	72 100,0
Système 4	18 81,8	3 13,6	1 4,5	22 100,0
Tous les systèmes	109 60,2	64 35,4	8 4,4	181 100,0

TABLEAU 5

Cour extérieure à l'usage des malades, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Oui	Non	Totaux
Système 1	40 78,4	11 21,6	51 100,0
Système 2	29 78,4	8 21,2	37 100,0
Système 3	62 89,9	7 10,1	69 100,0
Système 4	20 90,9	2 9,1	22 100,0
Tous les systèmes	151 84,4	28 15,6	179 100,0

TABLEAU 6

Accessibilité des installations de loisir, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Accès facile	Accès moyen	Aucun accès	Totaux
Système 1	26 51,0	24 47,1	1 2,0	51 100,0
Système 2	22 59,5	14 37,8	1 2,7	37 100,0
Système 3	39 54,2	31 43,1	2 2,8	72 100,0
Système 4	13 59,1	6 27,3	3 13,6	22 100,0
Tous les systèmes	100 54,9	75 41,2	7 3,8	182 100,0

TABLEAU 7

Accessibilité des magasins, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Accès facile	Accès moyen	Aucun accès	Totaux
Système 1	33 66,0	15 30,0	2 4,0	50 100,0
Système 2	28 75,7	9 24,3	0 0,0	37 100,0
Système 3	44 61,1	26 36,1	2 2,8	72 100,0
Système 4	18 81,8	2 9,1	2 9,1	22 100,0
Tous les systèmes	123 68,0	52 28,7	6 3,3	181 100,0

TABLEAU 8

Qualité de l'ameublement, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Très pauvre	Moyenne	Très bonne	Totaux
Système 1	11 22,4	20 40,8	18 36,7	49 100,0
Système 2	5 13,9	20 55,6	11 30,6	36 100,0
Système 3	9 13,0	52 75,4	8 11,6	69 100,0
Système 4	6 27,3	8 36,4	8 36,4	22 100,0
Tous les systèmes	31 17,6	100 56,8	45 25,6	176 100,0

TABLEAU 9

Espace offert par le logement, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Surpeuplé	Moyen	Très spacieux	Totaux
Système 1	8 16,0	22 44,0	20 40,0	50 100,0
Système 2	3 8,1	24 64,9	10 27,0	37 100,0
Système 3	8 11,1	53 73,6	11 15,3	72 100,0
Système 4	2 9,1	13 59,1	7 31,8	22 100,0
Tous les systèmes	21 11,6	112 61,9	48 26,5	181 100,0

TABLEAU 10

Présence d'un téléphone dans le ménage, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Oui	Non	Totaux
Système 1	50 98,0	1 2,0	51 100,0
Système 2	33 89,2	4 10,8	37 100,0
Système 3	63 87,5	9 12,5	72 100,0
Système 4	22 100,0	0 0,0	22 100,0
Tous les systèmes	168 92,3	14 7,7	182 100,0

TABLEAU 11

Présence d'un téléviseur dans le ménage, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Oui	Non	Totaux
Système 1	49 96,1	2 3,9	51 100,0
Système 2	34 94,4	2 5,6	36 100,0
Système 3	68 94,4	4 5,6	72 100,0
Système 4	22 100,0	0 0	22 100,0
Tous les systèmes	173 95,6	8 4,4	181 100,0

TABLEAU 12
Nombre de personnes qui partagent la salle de séjour*, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Totaux	Score moyen
Système 1	6 13,0	12 26,1	10 21,7	6 13,0	7 15,2	2 4,2	0 0,0	0 0,0	2 4,4	45 100,0	2,31
Système 2	6 17,6	11 32,4	5 14,7	7 20,6	2 5,9	1 2,9	0 0,0	0 0,0	2 5,9	34 100,0	2,09
Système 3	15 23,1	11 16,9	14 21,5	12 18,5	3 4,6	1 1,5	2 3,1	3 4,6	4 6,2	65 100,0	2,42
Système 4	2 10,0	4 20,0	7 35,0	5 25,0	1 5,0	0 0,0	0 0,0	1 5,0	0 0,0	20 100,0	2,20
Tous les systèmes	29 17,6	38 23,0	36 21,8	30 18,2	13 7,9	4 2,4	2 1,2	4 2,4	8 4,9	164 100,0	2,28

* Les malades qui vivent dans des centres d'hébergement sont exclus.

Annexe D

TABLEAU 13

Nombre de personnes qui partagent la salle de bain, par système*

Nombre Pourcentage de la ligne	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Totaux
Système 1	6 12,8	12 25,5	12 25,5	5 10,6	7 14,9	2 4,3	0 0,0	0 0,0	3 6,4	47 100,0
Système 2	5 14,3	11 31,4	5 14,2	8 22,9	4 11,4	0 0,0	1 2,9	0 0,0	1 2,9	35 100,0
Système 3	13 19,4	11 16,4	15 22,4	13 19,4	3 4,5	2 3,0	2 3,0	3 4,5	5 7,5	67 100,0
Système 4	2 10,0	4 20,0	6 30,0	5 25,0	2 10,0	0 0,0	0 0,0	1 5,0	0 0,0	20 100,0
Tous les systèmes	26 15,4	38 22,5	38 22,5	31 18,3	16 9,5	4 2,4	3 1,8	4 2,4	9 5,3	169 100,0

* Les malades qui vivent dans des centres d'hébergement sont exclus.

ANNEXE E

TABLEAU 1

Organisme ou personne qui a dirigé le malade, par système

SYSTÈME

Organisme ou personne qui a dirigé le malade	1		2		3		4		Ensemble du groupe	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Omnipraticien	10	19,6	16	43,2	15	20,8	13	59,1	54	29,7
Services d'urgence d'un hôpital	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	18,2	4	2,2
Clinique communautaire	0	0,0	3	8,1	4	5,6	2	9,1	9	5,0
Service de counseling	1	2,0	2	5,4	7	9,7	0	0,0	10	5,5
Spécialiste indépendant (non médical)	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	0,6
Lieu de travail	0	0,0	0	0,0	2	2,8	1	4,6	3	1,7
Infirmière hygiéniste	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	0,6
Agent de police	7	13,7	1	2,7	0	0,0	0	0,0	8	4,4
Famille, malade lui-même, ami, autres	33	64,7	15	40,5	42	58,3	2	9,1	92	50,6
Total	51	100,0	37	100,0	72	100,0	22	100,0	182	100,0

ANNEXE E
TABLEAU 2
Spécialistes responsables de l'évaluation et du diagnostic

SYSTÈME

	1		2		3		4		Ensemble du groupe	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Psychiatre	28	71,8	33	89,2	56	77,8	19	86,4	136	80,0
Psychiatre/ psychologue	1	2,6	1	2,7	3	4,2	3	13,4	8	4,7
Psychiatre/ travailleur social	4	10,3	0	0,0	5	6,9	0	0,0	9	5,3
Psychiatre/ infirmière	5	12,8	2	5,4	5	6,9	0	0,0	12	7,1
Psychiatre/ psychologue/ travailleur social/ infirmière	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Psychiatre/ travailleur social/ infirmière	0	0,0	0	0,0	3	4,2	0	0,0	3	1,8
Psychiatre/ autre médecin	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Total	39	100,0	37	100,0	72	100,0	22	100,0	170	100,0

Psychologues en cause = 9
Travailleurs sociaux en cause = 13
Infirmières en cause = 16

ANNEXE E
TABLEAU 3
Modes de traitement, par système
(3 épisodes, possibilité de 2 modes de traitement chacun)

Nombre Pourcentage de la ligne	Psycho-thérapie	Counseling	Thérapie de groupe	Thérapie familiale	Thérapie comportementale	Ergo-thérapie	Socio-thérapie	Chimio-thérapie	Électrochocs	Total
Système 1	3 1,1	1 0,4	23 8,8	0 0,0	9 3,4	20 7,6	54 20,6	136 51,9	16 6,1	262 100,0
Système 2	6 4,4	31 22,6	7 5,1	1 0,7	1 0,7	4 2,9	0 0,0	73 53,3	14 10,2	137 100,0
Système 3	2 0,5	52 13,2	6 1,5	2 0,5	0 0,0	9 2,3	95 24,2	198 50,4	29 7,4	393 100,0
Système 4	3 3,3	9 9,8	3 3,3	2 2,2	3 3,3	6 6,5	10 10,9	46 50,0	10 10,9	92 100,0
Tous les systèmes	14 1,6	93 10,5	39 4,4	5 0,6	13 1,5	39 4,4	159 18,0	453 51,2	69 7,8	884 100,0

TABLEAU 4
Modes de traitement regroupés, par système
(3 épisodes, possibilité de 2 modes de traitement chacun)

Nombre Pourcentage de la ligne	Counseling, Psychothérapie, etc.	Ergo-thérapie	Socio-thérapie	Chimio-thérapie	Électro-chocs	Total
Système 1	36 13,7	20 7,6	54 20,6	136 51,9	16 6,1	262 100,0
Système 2	46 33,6	4 2,9	0 0,0	73 53,3	14 10,2	137 100,0
Système 3	62 15,8	9 2,3	95 24,2	198 50,4	29 7,4	393 100,0
Système 4	20 21,7	6 6,5	10 10,9	46 50,0	10 10,9	92 100,0
Tous les systèmes	164 18,6	39 4,4	159 18,0	453 51,2	69 7,8	884 100,0

TABLEAU 5
Modes de traitements (possibilité de deux), dernier épisode, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Counseling/ psychothérapie (différentes formes)	Ergo-thérapie	Socio-thérapie	Chimio-thérapie	Électro-chocs	Total Total
Système 1	11 11,3	9 9,3	21 21,6	49 50,5	7 7,2	97 100,0
Système 2	18 28,1	3 4,7	0 0,0	36 56,3	7 10,9	64 100,0
Système 3	37 27,0	1 0,7	24 17,5	73 53,3	2 1,5	137 100,0
Système 4	7 18,0	3 7,7	2 5,1	20 51,3	7 17,9	39 100,0
Tous les systèmes	73 21,7	16 4,8	47 13,9	178 52,8	23 6,8	337 100,0

ANNEXE E
TABLEAU 6
Professionnel nommé comme thérapeute principal (3 épisodes), par système

SYSTÈME

SPÉCIALISTE	1		2		3		4		Ensemble du groupe	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Psychiatre	37	28,7	56	73,7	56	28,0	48	96,0	197	43,3
Psychologue	1	0,8	1	1,3	1	0,5	2	4,0	5	1,1
Travailleur social	12	9,3	3	4,0	15	7,5	0	0,0	30	6,6
Infirmière	78	60,5	12	15,8	94	47,0	0	0,0	184	40,4
Ergothérapeute	1	0,8	4	5,3	0	0,0	0	0,0	5	1,1
Omnipraticien	0	0,0	0	0,0	32	16,0	0	0,0	32	7,0
Autre	0	0,0	0	0,0	3	1,0	0	0,0	2	0,4
TOTAL	129	100,0	76	100,0	200	100,0	50	100,0	455	100,0

TABLEAU 7

Éléments d'orientation professionnelle enregistrés, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Évaluation/ formation	Aide pour trouver un emploi	Emploi spécial	Total des éléments enregistrés
Système 1	8 66,7	3 25,0	1 8,3	12 100,0
Système 2	6 40,0	7 46,7	2 13,3	15 100,0
Système 3	14 29,8	18 38,3	15 31,9	47 100,0
Système 4	2 20,0	2 20,0	6 60,0	10 100,0
Tous les systèmes	30 35,7	30 35,7	24 28,6	84 100,0

ANNEXE E

TABLEAU 8

Professionnels qui ont participé à la planification du programme de réadaptation, par système

(jusqu'à trois réponses)

SYSTÈME

SPÉCIALISTE	1		2		3		4		Total	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Psychiatre	91	41,7	74	56,9	155	32,0	45	39,1	365	38,5
Psychologue	7	3,2	2	1,5	10	2,1	2	1,7	21	2,2
Travailleur social	47	21,6	17	13,1	38	7,9	22	19,1	124	13,1
Infirmière	45	20,6	28	21,5	156	32,2	23	20,0	252	26,6
Omnipraticien	22	10,1	4	3,1	112	23,1	1	0,9	139	14,7
Ergothérapeute	5	2,3	2	1,5	10	2,1	22	19,1	39	4,1
Autre spécialiste médical	1	0,5	3	2,3	3	0,6	0	0,0	7	0,7
TOTAL	218	100,0	130	100,0	484	100,0	115	100,0	947	100,0

ANNEXE E
TABLEAU 9
Services d'orientation professionnelle offerts, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Évaluation/ formation (i)	Aide à la recherche d'un emploi (ii)	Emploi spécial (iii)	(i) + (ii)	(i) + (iii)	(ii) + (iii)	(i)+(ii) + (iii)	Nombre total de personnes aidées	Personnes qui n'ont pas été aidées	Personnes qui ont refusé l'aide	Aucune donnée	Total
Système 1	7 13,7	1 2,0	0 0,0	1 2,1	0 0,0	1 2,0	0 0,0	10 19,6	37 72,5	0 0,0	4 7,8	51 100,0
Système 2	3 8,1	3 8,1	1 2,7	3 8,1	0 0,0	1 2,7	0 0,0	11 29,7	24 64,9	1 2,7	1 2,7	37 100,0
Système 3	0 0,0	1 1,4	7 9,7	10 13,9	1 1,4	4 5,6	3 4,2	26 36,1	33 45,8	6 8,3	7 9,7	72 100,0
Système 4	1 4,5	2 9,1	5 22,7	0 0,0	1 4,5	0 0,0	0 0,0	9 40,9	7 31,8	1 4,5	5 22,7	22 100,0
Tous les systèmes	11 6,0	7 3,8	13 7,1	14 7,7	2 1,1	6 3,3	3 1,6	56 30,8	101 55,5	8 4,4	17 9,3	182 100,0

TABLEAU 10

Tenue de conférences en vue de la réadaptation
3 épisodes, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Oui	Non	Total
Système 1	36 38,7	57 61,3	93 100,0
Système 2	18 27,7	47 72,3	65 100,0
Système 3	100 67,6	48 32,4	148 100,0
Système 4	5 11,4	39 88,6	44 100,0
Tous les systèmes	159 45,4	191 54,6	350 100,0

ANNEXE E

TABLEAU 11

Concentrations équivalentes de chlorpromazine prescrites par semaine, par système - ordonnances courantes

Nombre Pourcentage de la ligne	1000	1600-1999	2000-2999	3000-3999	4000-4999	5000-5999	6000-6999	7000-7999	8000-8999	9000	Nombre de malades traités aux médicaments	Concentration moyenne approximative (mg par semaine)	Pourcentage des malades visés par une ordonnance
Système 1	7 20,5	11 32,4	4 11,8	2 5,9	4 11,8	2 5,9	1 2,9	0 0,0	2 5,9	1 2,9	34 100,0	2 435,3	66,7
Système 2	8 42,1	3 15,8	2 10,5	3 15,8	1 5,3	1 5,3	0 0,0	0 0,0	1 5,3	0 0,0	19 100,0	2 236,8	51,4
Système 3	17 27,9	22 35,5	12 19,4	2 3,2	2 3,2	5 4,8	1 1,6	1 1,6	1 1,6	2 3,2	63 100,0	2 309,5	87,5
Système 4	3 18,8	3 18,8	4 25,0	2 12,5	1 6,3	1 6,3	0 0,0	1 6,3	0 0,0	1 6,3	16 100,0	3 125,0	72,7
Tous les systèmes	35 25,5	38 28,8	22 16,7	9 6,8	8 6,1	8 6,1	2 1,5	2 1,5	4 3,0	4 3,0	132 100,0	2 430,3	72,5

ANNEXE E
TABLEAU 12
Niveaux de probabilité des corrélations de Pearson entre les variables relatives au traitement

	Orientation	Évaluation		Traitement			Réadaptation			
	Organisme sanitaire qui a dirigé le malade	Évaluation par une équipe multidisciplinaire	Spécialiste autre qu'un psychiatre	Thérapeute principal	Hôpital psychiatrique	Jours d'hospitalisation	Conférence sur la réadaptation	Services d'orientation professionelle	Organisme responsable du maintien du malade dans la collectivité	Spécialiste responsable du maintien du malade dans la collectivité
Spécialiste autre qu'un psychiatre	0,018									
Thérapeute principal	Thérapeute médical 0,000	Thérapeute non médical 0,001	Thérapeute médical 0,001							
Hôpital	0,002									
Jours d'hospitalisation				0,000						
Conférence sur la réadaptation			Thérapeute non médical 0,011	0,000	0,001					
Services d'orientation professionnelle			Aucune aide 0,003				0,000			
Org. chargé du maintien dans la collectivité		Organisme non médical 0,04		Th. méd. Org. san. 0,000			Org. autre que san. 0,047			
Spécialiste chargé du maintien			Non médical 0,018	Tous deux médicaux 0,000				Médical 0,02	Médical et org. san. 0,000	
Médicaments prescrits	Malade orienté par org. autre que san. 0,003						0,009		Org. san. pas de médicament 0,02	
Voies d'administration des médicaments	Perorale 0,001						Injections 0,046		Perorale org. san. 0,000	Perorale médecin 0,027
Personne administrant le médicament	Malade lui-même 0,007						Autre que le malade 0,046		Malade org. san. 0,000	
Quantité élevée de médicaments		0,005			0,007		0,048			

TABLEAU 1
Scores relatifs à la capacité de travailler, par système

Capacité élevée

Nombre Pourcentage de la ligne	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	Total	Moyenne
Système 1	7 13,7	12 23,5	3 5,9	1 2,0	3 5,9	4 7,8	8 15,7	8 15,7	5 9,8	0 0,0	51 100,0	8,2
Système 2	1 2,7	10 27,0	2 5,4	0 0,0	2 5,4	2 5,4	2 5,4	11 29,7	5 13,5	2 5,4	37 100,0	10,2
Système 3	5 6,9	19 26,4	6 8,3	1 1,4	7 9,7	5 6,9	4 5,6	17 23,6	5 6,9	3 4,2	72 100,0	8,7
Système 4	2 9,1	5 22,7	3 13,6	0 0,0	2 9,1	1 1,4	3 13,6	5 22,7	1 1,4	0 0,0	22 100,0	8,2
Tous les systèmes	15 8,2	46 25,3	14 7,7	2 1,1	14 7,1	12 6,6	17 9,3	41 22,5	16 8,8	5 2,7	182 100,0	8,8

TABLEAU 2
Scores relatifs à l'autonomie, par système

Capacité élevée

Nombre Pourcentage de la ligne	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	Total	Moyenne
Système 1	1 2,0	2 3,9	3 5,9	6 11,8	6 11,8	13 25,5	20 39,2	51 100,0	9,7 9,7
Système 2	2 5,4	1 2,7	2 5,4	3 8,1	3 8,1	7 18,9	19 51,4	37 100,0	10,0
Système 3	1 1,4	2 2,8	5 6,9	13 18,1	8 11,1	15 20,8	28 38,9	72 100,0	9,6
Système 4	2 9,1	1 4,5	1 4,5	1 4,5	4 18,2	8 36,4	5 22,7	22 100,0	8,9
Tous les systèmes	6 3,3	6 3,3	11 6,0	23 12,6	21 11,5	43 23,6	72 39,6	182 100,0	9,6

TABLEAU 3
Scores relatifs aux soins personnels, par système

Capacité élevée

Nombre Pourcentage de la ligne	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	Total	Moyenne
Système 1	1 2,0	0 3,9	0 5,9	3 11,8	3 11,8	14 25,5	30 39,2	51 100,0	10,8 9,7
Système 2	0 0,0	0 0,0	2 5,4	1 2,7	3 8,1	8 21,6	23 62,2	37 100,0	10,8
Système 3	1 1,3	1 1,3	0 0,0	3 4,2	3 4,2	32 44,4	32 44,4	72 100,0	10,7
Système 4	0 0,0	1 4,5	2 9,0	0 0,0	2 9,0	8 36,4	9 40,9	22 100,0	10,0
Tous les systèmes	2 1,1	2 1,1	4 2,2	7 3,8	11 6,0	62 34,1	94 51,6	182 100,0	10,7

TABLEAU 4
Scores globaux relatifs aux rapports sociaux, par système

Capacité élevée

Nombre Pourcentage de la ligne	0-1	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	Total	Score moyen
Système 1	1 2,0	7 13,7	14 27,5	23 45,1	6 11,8	0 0,0	51 100,0	10,6
Système 2	0 0,0	5 13,5	4 10,8	10 27,0	17 46,0	1 2,7	37 100,0	13,7
Système 3	1 1,4	9 12,5	17 23,6	34 47,2	11 15,3	0 0,0	72 100,0	11,2
Système 4	0 0,0	4 18,2	7 23,6	8 36,4	3 13,6	0 0,0	22 100,0	10,3
Tous les systèmes	2 1,1	25 13,7	42 23,1	75 41,2	37 20,3	1 0,6	182 100,0	11,4

TABLEAU 5
Présence de symptômes, par système

Nombre Pourcentage de la ligne	Symptômes graves et continus (Score 1)	Symptômes graves parfois ou moyens continuellement (Score 3)	Symptômes moyens parfois (Score 5)	Symptômes légers parfois ou moyens rarement (Score 7)	Aucun symptôme (Score 9)	Total	Score moyen
Système 1	9 17,6	11 21,6	12 23,5	11 21,6	8 15,7	51 100,0	4,92
Système 2	1 2,7	3 8,1	5 13,5	16 43,2	12 32,4	37 100,0	6,89
Système 3	4 5,6	9 12,7	15 21,1	36 50,7	7 8,9	71 100,0	5,93
Système 4	1 4,5	7 31,8	6 27,3	7 31,8	1 4,5	22 100,0	5,00
Tous les systèmes	15 8,3	30 21,0	38 21,0	70 38,7	28 15,5	181 100,0	5,73

TABLEAU 6
Niveau d'activité physique, par système

Niveaux élevés

Nombre Pourcentage de la ligne	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	Total	Score moyen
Système 1	0 0,0	1 2,0	8 15,7	10 19,6	8 15,7	15 29,4	4 7,8	4 7,8	1 2,0	51 100,0	9,2
Système 2	0 0,0	0 0,0	0 0,0	3 8,1	9 24,3	13 35,1	6 16,2	4 10,8	2 5,4	37 100,0	10,8
Système 3	1 1,4	1 1,4	7 13,7	6 8,3	23 31,9	18 2,5	11 15,3	3 4,2	2 3,8	72 100,0	9,3
Système 4	1 4,5	1 4,5	1 4,5	3 13,6	7 31,8	6 27,3	2 9,0	1 4,5	0 0,0	22 100,0	8,6
Tous les systèmes	2 1,0	3 1,6	16 8,8	22 12,1	47 25,8	52 28,6	23 12,6	12 6,5	5 2,7	182 100,0	9,4

TABLEAU 7
Scores globaux relatifs aux mesures de l'issue, par système

Capacité élevée

Nombre Pourcentage de la ligne	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	Total	Moyenne
Système 1	7 13,7	12 23,5	3 5,9	1 2,0	3 5,9	4 7,8	8 15,7	8 15,7	5 9,8	0 0,0	51 100,0	8,2
Système 2	1 2,7	10 27,0	2 5,4	0 0,0	2 5,4	2 5,4	11 29,7	11 29,7	5 13,5	2 5,4	37 100,0	10,2
Système 3	5 6,9	19 26,4	6 8,3	1 1,4	7 9,7	4 5,6	17 23,6	17 23,6	5 6,9	3 4,2	72 100,0	8,7
Système 4	2 9,1	5 22,7	3 13,6	0 0,0	2 9,1	3 13,6	5 22,7	5 22,7	1 1,4	0 0,0	22 100,0	8,2
Tous les systèmes	15 8,2	46 25,3	14 7,7	2 1,1	14 7,7	17 9,3	41 22,5	41 22,5	16 8,8	5 2,7	182 100,0	8,8

ANNEXE G

Activités et problèmes des malades

Afin d'obtenir des renseignements sur les activités des malades au cours d'une journée normale, nous leur avons demandé ce qu'ils font durant a) la matinée, b) l'après-midi et c) la soirée. En ce qui concerne la matinée et l'après-midi, les premières activités mentionnées ont été notées, une pour chaque période, même si l'activité de l'après-midi est la même que celle de la matinée. Pour la soirée, nous avons noté les deux premières activités mentionnées. Lorsque nous avons interrogé le sujet sur sa dernière sortie, l'activité visée par la sortie a été notée et codée de la même façon.

Les 40 activités suivantes ont été mentionnées aux fréquences indiquées. Nous leur avons attribué un code variant de 0 à 4 selon le degré d'activité physique et de 0 à 2 selon le degré de socialisation inhérent à l'activité. Ces codes sont également indiqués.

TABLEAU 1
Activités mentionnées par les malades

Activité	Fré.	Code Acti. phys.	Code Socia-lisation	Activité	Fré.	Code Activité physique	Code Socia-lisation
Animaux[1]	2	2	1	Musique[5]	10	4	1
Bingo	4	2	1	Aucune activité	49	0	0
Camping/ pique-nique	2	4	2	Menus travaux	18	3	0
Jeux de cartes	5	2	2	Prière	7	1	0
Menuiserie[2]	6	3	0	Radio[6]	19	1	0
Enfants	11	2	2	Lecture	40	1	1
Cours	17	2	2	Relaxation[7]	31	1	1
Café-restaurant	5	1	2	Magasinage	34	0	0
Cuisine	6	3	1	Repos	40	2	2
Bicyclette	2	4	0	Groupe spécial[8]	17	2	2
Danse	11	4	2	Sports	21	4	2
Conduite d'une voiture[3]	11	1	0	Philatélie	1	1	0
Emploi	114	3	1	Taverne, etc.[9]	36	1	2
Pêche	1	4	1	Téléphone	5	1	1
Budget familial	1	2	0	Traitement	24	2	1
Travaux de ménage	52	3	0	Télévision	112	1	0
Tricot[4]	13	2	0	Voiture[10]	2	3	0
Recherche d'un emploi	4	2	1	Visite	92	2	2
Réunions	9	2	2	Promenade à pied	44	4	0
Cinéma	13	2	1	Écriture[11]	4	2	1

NOTES :

1. Jouer avec des animaux ou les soigner
2. Faire des travaux de menuiserie ou des sculptures
3. Se promener en voiture
4. Tricoter ou coudre
5. Jouer d'un instrument de musique
6. Écouter la radio ou des disques
7. Se détendre en famille
8. Participer aux réunions d'un groupe spécial (ex. : réadaptation)
9. Aller à la taverne, à la salle de billard ou au café-bar
10. Entretenir une voiture
11. Rédiger son courrier

TABLEAU 2
Problèmes signalés par les malades (maximum de deux)

Problèmes	Fréquence des réponses	Pourcentage
"Aucun"	143	49,7
Argent	16	5,6
Symptômes	44	15,3
Emploi	25	8,7
Sexe	5	1,7
Famille	27	9,4
Amis	15	5,2
Résidence	13	4,5
Total	288	100,0

On a demandé aux malades quelle était la nature de leurs problèmes actuels et noté jusqu'à deux réponses qui ont été regroupées sous les rubriques présentées dans le tableau ci-haut.

La forte proportion des réponses "aucun" ne signifie pas nécessairement l'absence de soucis. Les problèmes liés aux symptômes physiques ou psychologiques ont été mentionnés le plus fréquemment, suivis des problèmes d'emploi et des problèmes familiaux.

ANNEXE H

Corrélations de Pearson entre les mesures de l'issue

TABLEAU 1
Corrélations de Pearson entre les mesures de l'issue d'après l'inventaire interprovincial

r Probabilité	Symptômes	Capacité de travailler	Soins personnels	Autonomie	Rapports sociaux
Satisfaction générale	0,522 0,000				
Symptômes					
Capacité de travailler	0,395 0,000				
Soins personnels	0,426 0,000	0,291 0,000			
Autonomie	0,540 0,000	0,285 0,000	0,565 0,000		
Rapports sociaux	0,351 0,000	0,488 0,000	0,240 0,001	0,577 0,000	
Score global	0,658 0,000	0,697 0,000	0,622 0,000	0,754 0,000	0,742 0,000

TABLEAU 2

Compatibilité de l'échelle d'adaptation sociale de Weissman et de l'inventaire interprovincial - niveaux de probabilité des corrélations de Pearson

Scores globaux Échelle de Weissman	Capacité de travailler	Autonomie	Soins personnels	Rapports sociaux	Absence de symptômes	Activité physique	Score global	Nombre de malades interrogés
Travail	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	128
Rapports sociaux	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	179
Famille élargie	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,002	0,000	176
Rapports avec les parents	n.s.	0,000	n.s.	0,004	0,000	n.s.	0,002	50
Réadaptation sociale en général	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	180
Valeur moyenne de r	0,3591	0,4882	0,3136	0,4806	0,6086	0,2476	0,5976	

Annexe I

Scores d'après l'échelle d'adaptation sociale de Weissman

TABLEAU 1
Scores relatifs au travail, par système - échelle d'adaptation sociale de Weissman

Résultats élevés — Résultats faibles

Nombre Pourcentage de la ligne	0	1	2	3	4	5	6	7	Totaux	Moyennes
Système 1	0 0,0	7 17,1	11 31,4	9 25,7	1 2,9	2 5,7	4 11,4	2 5,7	35 100,0	3.06
Système 2	1 3,1	9 28,1	9 28,1	7 21,9	2 12,5	2 6,3	4 12,5	0 0,0	32 100,0	2,37
Système 3	0 0,0	6 12,8	21 44,7	6 12,8	3 6,4	4 8,5	2 4,3	5 10,6	47 100,0	3,08
Système 4	0 0,0	3 21,4	4 28,6	4 28,6	3 21,4	0 0,0	0 0,0	4 28,6	14 100,0	2,50
Tous les systèmes	1 1,8	24 18,8	45 35,2	26 20,3	9 7,0	10 7,8	6 4,7	7 5,5	128 100,0	2,83

TABLEAU 2

Scores relatifs aux activités sociales et récréatives - échelle d'adaptation sociale de Weissman

Résultats élevés — Résultats faibles

Nombre Pourcentage de la ligne	1	2	3	4	5	6	7	Totaux	Moyennes
Système 1	1 2,0	14 27,5	12 23,5	3 5,9	10 19,6	8 15,7	3 5,9	51 100,0	4,08
Système 2	7 19,4	13 36,1	7 19,4	2 5,6	6 16,7	1 2,8	0 0,0	36 100,0	2,56
Système 3	4 5,7	23 32,9	16 22,9	9 12,9	10 14,3	6 8,6	2 2,9	70 100,0	3,34
Système 4	0 0,0	2 9,1	6 27,3	7 31,8	5 22,7	2 9,1	0 0,0	22 100,0	3,95
Tous les systèmes	12 6,7	52 29,1	41 22,9	21 11,7	31 17,3	17 9,5	5 2,8	179 100,0	3,47

TABLEAU 3

Scores relatifs à la réadaptation sociale en général - échelle d'adaptation sociale de Weissman

Résultats élevés — Résultats faibles

Nombre Pourcentage de la ligne	1	2	3	4	5	6	7	Totaux	Moyennes
Système 1	1 2,0	11 21,6	11 21,6	12 23,5	5 9,8	7 13,7	4 7,8	51 100,0	3,90
Système 2	7 19,4	10 27,8	6 26,7	10 27,8	3 8,3	0 0,0	0 0,0	36 100,0	2,78
Système 3	2 2,8	20 18,2	11 15,5	20 28,2	13 18,3	4 5,6	1 1,4	71 100,0	3,53
Système 4	0 0,0	2 9,1	6 27,3	4 18,2	6 27,3	3 13,6	1 4,5	22 100,0	4,23
Tous les systèmes	10 5,6	43 23,9	34 18,9	46 25,6	27 25,6	14 7,8	6 3,3	180 100,0	3,57

ANNEXE J

Particularités du système 2

L'utilisation extrêmement parcimonieuse des lits d'hôpitaux réservés aux malades psychiatriques dans ce système et le recours encore plus restreint aux hôpitaux psychiatriques ont déjà été soulignés. Les données sur l'utilisation réelle des lits montrent que la principale différence entre le système 2 et les autres systèmes se rapporte à la longueur des séjours à l'hôpital, bien que le nombre de ces derniers soit aussi relativement faible. Seulement deux des malades du système 2 ont passé, au total, plus de 250 jours à l'hôpital et sept malades n'ont jamais même été hospitalisés.

Les politiques et les pratiques administratives s'appuient sur le principe de la non-utilisation ou de la faible utilisation des lits pour malades psychiatriques et des hôpitaux psychiatriques. Il existe un comité des transferts interrégionaux chargé d'approuver les demandes d'hospitalisation à l'extérieur de la région; ce comité doit s'assurer que le programme approprié n'existe que dans la région hôte. Certains transferts sont autorisés, mais depuis 1976, il n'y a eu que quelques transferts de malades du système 2 au seul autre hôpital psychiatrique provincial, qui n'est actuellement qu'un petit établissement pour malades souffrant de dysfonctionnements graves. Dans la majorité des cas, ces transferts consistent à envoyer ailleurs un surplus de malades : environ 15 malades sont transférés, chaque année, dans l'annexe psychiatrique d'un hôpital général situé à 100 milles. Il existe, dans tous les hôpitaux, des comités de surveillance des séjours prolongés.

Il semble que la thèse soutenue par le système 2, à savoir qu'on peut traiter les malades avec succès sans recourir à de longs séjours à l'hôpital soit justifiée.

Le fait que ces malades fonctionnent bien sans hospitalisation prolongée ne veut pas nécessairement dire que les courts séjours à l'hôpital ont été le facteur de réussite le plus important de tous les éléments du programme de soins. Les analyses statistiques, tout en démontrant des relations significatives entre l'hospitalisation et la capacité de travailler, l'autonomie et les scores globaux, ont aussi fait ressortir d'autres relations plus fortes et plus révélatrices, par exemple, avec le professionnel responsable des contacts avec le malade. D'autres particularités du système 2 méritent un examen attentif.

La constance relative dans la façon d'aborder les soins du malade psychiatrique est un aspect exceptionnel du système 2. En vertu d'une entente entre les psychiatres d'une région visant à assurer la continuité des soins, on considère qu'un malade qui se présente à un service d'urgence ou dans un établissement de soins relève de la responsabilité du dernier psychiatre qui l'a soigné au cours des deux années passées. Le malade peut refuser les soins du psychiatre, mais le psychiatre ne peut refuser de soigner le malade sans en donner la raison à ce dernier et au nouveau psychiatre soignant.

Comme dans la plupart des régions urbaines du Canada, les pratiques privées de psychiatrie (au nombre de sept) côtoient les services provinciaux et, dans cet endroit, la collaboration entre les responsables de ces services et les psychiatres exerçant auprès des clientèles privées est remarquable; ces derniers ont accès aux services provinciaux et ils peuvent, par exemple, demander que des infirmières fassent des visites de post-observation.

Le Directeur régional (un psychiatre) est responsable des services cliniques subventionnés par la province et offerts dans sa région, y compris les services offerts dans les districts ruraux; un programme de

post-observation bien intégré est aussi prévu, comprenant deux programmes de soins psychiatriques, un à la clinique de santé mentale, et l'autre au département de psychiatrie de l'université. Il existe généralement des rapports étroits entre l'université et les services cliniques provinciaux et le principal établissement hospitalier psychiatrique est un service de l'hôpital universitaire.

Le Centre de santé mentale, situé dans un immeuble commercial du centre-ville, joue un rôle capital pour les sujets de la présente étude et par conséquent, ses pratiques méritent une attention spéciale. Les services offerts au centre sont multidisciplinaires et les intervenants des diverses disciplines peuvent s'occuper des malades qui leur sont adressés par un collègue ou des malades qui consultent d'eux-mêmes. À l'admission, le malade, considéré par le personnel non médical comme un client, est enregistré par un employé. À ce moment, la date d'une révision est fixée à un moment qui ne doit pas se situer au-delà de six mois et un système de surveillance est immédiatement mis en place. Le comité de surveillance, qui comprend le directeur (psychiatre) se réunit une fois par mois et étudie tous les cas courants dont la date de révision est fixée durant ce mois. En plus de la vérification générale, les malades traités avec des médicaments d'ordonnance font aussi l'objet d'une vérification médicale au moins à tous les six mois. Sans cette vérification, les ordonnances ne sont pas renouvelées. Si le professionnel qui s'occupe régulièrement d'un malade traité avec des médicaments n'est pas un médecin, ce malade doit également être examiné par un médecin à des intervalles réguliers.

On peut supposer que ces vérifications et ces examens réguliers augmentent la probabilité que les prescriptions de tranquillisants majeurs seront adaptées en fonction de l'évolution de l'état du malade

et de ses besoins, contrairement à certaines situations rencontrées ailleurs où les malades ne sont pas suivis régulièrement et se procurent les mêmes prescriptions pendant de longues périodes sans vérification par un médecin.

Les malades du système 2 bénéficient d'un service de logement qui a peut-être aussi facilité leur maintien dans la collectivité. Il s'agit de "foyers privés de soins spéciaux" qui doivent satisfaire à des critères de qualité. Les malades se présentent au bureau central d'inscription où ils peuvent négocier leurs propres modalités de séjour. Le bureau central et les foyers privés ne sont pas réservés uniquement aux malades psychiatriques, qui représentent, à n'importe quel moment, les 2/5 des clients. La plupart des logements à louer sont composés d'une chambre individuelle avec généralement un évier de cuisine, bien que dans certains cas, les logeuses servent des repas. Le fait que les clients ne soient pas "placés", mais qu'ils prennent eux-mêmes contact avec la logeuse est une caractéristique importante du système. De plus, les logeuses suivent des cours qui les aident à s'occuper des locataires difficiles ou perturbés et elles peuvent obtenir des conseils du personnel clinique.

Les frais de logement sont en grande partie payés par les services sociaux. Le conseil des soins à domicile, subventionné par les services sociaux, administre apparemment avec succès un programme complet de soins à domicile, y compris des services de "Popote roulante" et d'auxiliaires familiales. Il semble que les services de logement dans le système 2 comportent moins de problèmes que dans de nombreuses autres parties du pays, mais cette remarque est subjective. En réalité, la particularité de ce système tient au fait que les malades psychiatriques vivent dans des logements "normaux", allant des maisons de chambres aux

logements privés, et non dans des foyers spéciaux pour malades psychiatriques, comme c'est habituellement le cas dans les autres endroits. Les malades sont répartis dans les niveaux de soins en fonction de leurs besoins en matière de socio-thérapie plutôt que d'après le diagnostic.

Bien que les services psychiatriques ne prévoient aucun programme spécial d'orientation professionnelle, les malades sont dirigés vers un programme bien établi de "formation en cours d'emploi" offert par les services sociaux. De son côté, le personnel clinique accorde une attention particulière aux problèmes d'emploi lors des visites ou des entrevues régulières.

Certains facteurs environnementaux moins tangibles et à manifestation plus spontanée ont pu jouer un rôle. Le système 2, comme le système 3, est situé dans une région du Canada où les modes de vie sont relativement stables et peu compliqués. Les régions rurales de l'arrière-pays, d'où proviennent les malades du système 2 dans une proportion sensiblement plus forte que ceux des autres systèmes, sont conservatrices sur le plan des idées et des attitudes, et ont un comportement axé sur la coopération en matière politico-économique. De plus, riche de ressources importantes en matière de production et de population, la vie rurale y exerce sur la vie de toute la province une influence beaucoup plus profonde que dans les provinces où existent de grands centres métropolitains.

Selon Alexander Leighton, les données épidémiologiques montrent que "la fréquence de nombreuses maladies mentales, sinon de toutes, quelles qu'en soient les causes, est beaucoup plus élevée dans les sociétés gravement désagrégées que dans celles qui sont socialement et culturellement intégrées". Si tel est le cas, il semble possible que dans les

sociétés relativement stables et bien intégrées, le malade mental bénéficie d'un milieu moins stressant. Il semble au moins possible que les conditions environnementales qui existent dans le système 2 créent un climat social stable et favorable aux malades schizophrènes, ce qui facilite leur adaptation dans un cadre social familier et exempt de contraintes. On a constaté lors des entrevues que les malades des systèmes 2 et 3 s'engagent dans des interactions sociales agréables - ils fréquentent les mêmes cafés, jouent au billard ensemble, participent à des danses folkloriques, etc. Il existe également dans le système 2 un sentiment beaucoup plus fort d'acceptation sociale et on rapporte moins de cas de discrimination que dans les systèmes 1 et 4. Nous n'avons pas mesuré de façon précise ces différences entre les systèmes, puisqu'elles n'étaient pas prévues, mais il est évident que plusieurs facteurs ont pu logiquement influer sur les variables systémiques.

BIBLIOGRAPHIE

Affleck, J.W., Burns, J., Forrest, A.D., "Long-Term Follow-Up of Schizophrenic Patients in Edinburgh". Acta Psychiatr. Scand. 53. 227 - 37, 1976.

Arnhoff, Franklyn N., "Social Consequences of Policy Toward Mental Illness", Science, vol. 188, no. 4195, pp. 1277-1281, June 27, 1975.

Bland, Roger C., "Demographic Aspects of Functional Psychoses in Canada". Acta Psychiatr. Scand. 55:5. 369 - 380, 1977.

Bland, Roger C., "Diagnosis of Schizophrenia", Association des psychiatres du Canada. Journal, vol. 23, 1978.

Bland, Roger C., Parker, Jack H. and Orn, Helene, "Prognosis in Schizophrenia", Arch. Gen. Psychiatry, vol. 35, pp. 72-77, Jan. 1978.

Bowers, J.J. "Biochemical Processes in Schizophrenia: An Update" Schizophrenia Bulletin, N.I.M.H. 6.3.1980.

Brockington, I.F., "Definitions of Schizophrenia: Concordance and Prediction of Outcome", Psychological Medicine, vol. 8, pp. 387-398, 1978.

Brown, G.W., "Experiences of Discharged Chronic Schizophrenic Patients in Various Types of Living Groups", Milbank Memorial Fund Quarterly, 37:105-31, 1959.

Carlsson, A. "Does Dopamine Play a Role in Schizophrenia?" Psychological Medicine, 1977, 7 583-597.

Cooper, B., "Social Class and Prognosis in Schizophrenia, I.", British Journal of Preventive Social Medicine, no. 15, pp. 17-30, 1961.

Duckworth, G.S., Kedward, H.B., Eastwood, M.R., Allodi, F., Woogh, C. and Meier, R., "Psychiatric Diagnosis in Toronto, New York and London", Association des psychiatres du Canada. Journal, vol. 21, pp. 533-538, 1976.

Dunham, Warren H., "Schizophrenia: The Impact of Sociocultural Factors", Hospital Practice, pp. 61-67, 1977.

Eastwood, M.R. The Physical Status of Psychiatric Patients in General Practice. Clarke Monograph, University of Toronto, 1975.

Endicott, Jean, Spitzer, R.L. A Diagnostic Interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia.

Engelsman, F., Murphy, H.B.M. and Tcheng-Laroche, F.C., "Criteria for the Post-Hospital Adjustment of Mental Patients in Sheltered Settings", Association des psychiatres du Canada. Journal, vol. 19, no. 4, pp. 375-378, 1974.

Etzioni, Amitai, "Deinstitutionalization", Evaluation, vol. 3, no. 1-2, 1976.

Farina, A., Garmezy, N., Barry, H. III, "Relationship of Marital Status to Incidence and Prognosis of Schizophrenia", J. Abnorm. Psychol. 67. 624 - 30. 1963.

Forrest, A.D., Hay, A.J. "The Influence of Sex on Schizophrenia." Acta Psychiatr Scand. 1972; 48: 49-58.

Fenton, Fred R., Tessier, Lise and Struening, Elmer L., "A Comparative Trial of Home and Hospital Psychiatric Care", Arch. Gen. Psychiatry, vol. 36, pp. 1073-1078, Sept. 1979.

Fontana, Alan F., Dowds, Barbara Noel, "Assessing Treatment Outcome", The Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 161, no. 4, Serial no. 1115, October 1975.

Glass N.G., Goldberg, D., "Cost-Benefit Analysis and the Evaluation of Psychiatric Services", Psychological Medicine, no. 7, pp. 701-707, 1977.

Glasscote, R.M., Cumming, E., Ruthman, I., Sussex, J.N. and Glassman, S.M., "Rehabilitating the Mentally Ill in the Community: A Study of Psychological Rehabilitation Centres", The joint information of the American Psychiatric Association and The National Association for Mental Health, Washington, D.C., 1971.

Glick, Ira D., Hargreaves, William, A. and Goldfield, Michael D., "Short vs. Long Term Hospitalization: A Prospective Controlled Study: The Preliminary Results of a One-Year Follow-Up of Schizophrenics." Arch. Gen. Psychiatry, vol. 30: 363-9, March 1974.

Goldberg, D., "General Health Questionnaire", General Practice Research Unit (de Crespigny Park), London, 1969.

Goldberg, D. "The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire", London. Oxford University Press. 1972.

Gumrucku, P., "The Efficacy of a Psychiatric Halfway House", Sociological Quarterly, vol. 9, pp. 374-386, 1968.

Hartman W. et al. "Neuroleptic Drugs and the Prevention of Relapse in Schizophrenia." Schizophrenia Bulletin, N.I.M.H. 6.3.1980.

Hartmann, W., Meyer, J. "Long-Term Hospitalization of Schizophrenic Patients."Compr Psychiatry 1969; 10: 122-7.

Herz, Marvin I., Endicott, Jean and Spitzer, Robert L., "Brief Hospitalization: A Two-Year Follow-Up", Am. J. Psychiatry, vol. 134, no. 5, pp. 502-507, May 1977.

Heseltine, G.F., "Blueprint for Change; The Next Ten Years", Ministère de la Santé, Ontario, 1982.

Hirsch, S.R., Platt, S., Knights, A. and Weyman, A., "Shortening Hospital Stay For Psychiatric Care: Effect on Patients and Their Families", British Medical Journal, pp. 442-446, 17 February 1979.

Katz, Martin M. and Lyerly, Samuel B., "Methods of Measuring Adjustment and Social Behaviour in the Community: I. Rationale, Description, Discriminative Validity and Scale Development", Psychological Reports, no. 13, pp. 503-535, Southern Universities Press, Monograph Supplement 4-V13, 1963.

Kedward, Henry B., "Home Treatment Versus Hospital Treatment", Association des psychiatres du Canada. Journal, vol. 20, pp. 3-5, February 1975.

Kessler, S. "The Genetics of Schizophrenia: A Review". Schizophrenia Bulletin, N.I.M.H. 6.3.1980.

Kessler, S. The Clinical Use of the Anti-Psychotics" A.J. of Psychiatry. 138.2. pp. 202-204, 1981.

Kramer, M. "Population Changes and Schizophrenia". In: New Approaches to Research and Treatment. Wynne, L.C., Cromwell, R.L., Matthysse, S. (Eds) New York: John Wiley and Sons, pp. 545-571. 1978.

Laing, Ronald David. La politique de la famille et autres essais. Paris : Stock, 1972.

Lawson, F.S., "The Saskatchewan Plan", Mental Hospitals, vol. 8, pp. 27-29, 1957.

Leff, Julian, "Assessment of Psychiatric and Social State", Br. J. Clin, Pharmac, pp. 385-390, Supplement, 1976.

Leff, J.P. and Vaughn, C. "Psychiatric Patients in Contact and Out of Contact With Services". In evaluting a community psychiatric service, ed. Wing, J.K. and Hailey, A., London: Oxford University, 1972.

Leighton, Alexander H. "Caring for Mentally Ill People", Cambridge University Press, 1982.

Lehmann, H., "Schizophrenia: Introduction and history", Comprehensive Textbook of Psychiatry II, vol. 1, no. 15:4, Williams and Wilkins, Baltimore, 1975.

Lehrman, N.S., "Follow-Up of Brief and Prolonged Psychiatric Hospitalization", Comprehensive Psychiatry, vol. 8, pp. 227-240, 1961.

Maxwell, A.E., "Difficulties in a Dimensional Description of Symptomatology", Br. J. Psychiat., no. 121, pp. 19-26, 1972.

Mendel, W.M., "Effect of Length of Hospitalization on Rate and Quality of Remissions From Acute Psychotic Episodes", J. Nerv. Ment. Dis., no. 143, pp. 226-233, 1966.

Meltzer, H.Y. "Relevance of Dopamine Autoreceptors for Psychiatry" Schizophrenia Bulletin, N.I.M.H. 6.3.1980.

Murphy, H.B.M., Penee, B., Luchins, D. "Les foyers nourriciers : Une nouvelle arrière boutique?" Hygiène mentale au Canada. Volume 20 (suppl. 71). sept.-oct. 1972.

Murphy, Jane G. and Datel, William E., "A Cost-Benefit Analysis of Community Versus Institutional Living", Hospital and Community Psychiatry, vol. 27, no. 3, pp. 165-169, March 1976.

Organisation mondiale de la Santé. Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. O.M.S., Genève, 1973.

Organisation mondiale de la Santé. Schizophrenia: An International Follow-Up Study. New York, John Willey & Sons. 1979.

Ross, H.E., Kedward, H.B. and Sylph, J.A., "Social Functioning of Chronic Mental Patients: Assessing the Social Functioning of Chronic Psychiatric Patients".

Seeman, Mary V., "Gender Differences in Schizophrenia", Can. J. Psychiatry Vol. 27, March 1982.

Seeman, P. "Brain Dopamine Receptors". Pharmacological Reviews, 1980, 32 229-313.

Serban, George, "Relationship of Mental Status, Functioning and Stress to Readmission of Schizophrenics", Br. J. Soc. Clin. Psychol., vol. 14, pp. 291-301, 1975.

Soskis, David A., "A Brief Follow-Up Rating", Comprehensive Psychiatry, vol. 11, no. 5, September 1970.

Spitzer, R.K., Endicott, J., Robins, E., "Research Diagnostic Criteria (CRDC) For a Selected Group of Functional Disorders", New York, Biometrics Research 1975.

Statistique Canada, Division de la santé. "La statistique de l'hygiène mentale." Volume III, Installations, services et finances des établissements. Ottawa : Approvisionnements et services, 1975.

Stotsky, B.A., "A Controlled Study of Factors in the Successful Adjustment of Mental Patients to Nursing Homes", American Journal of Psychiatry, 123, no. 10, pp. 1243-1251, April 1967.

Strauss, J.S., Carpenter, W.T., "The Prediction of Outcome in Schizophrenia", Archives of Gen. Psychiatr. Vol. 27, pp. 729-746, 1972.

Sylph, Judith, Kedward, H.B. Social Interview Schedule. Social Medicine Research Unit, Memorial University of Newfoundland. 1968.

The Lancet, "Community Psychiatry Depolarised", pp. 1079-1080, May 1978.

Turner, R. Jay, and Gartwell, John W., "Social Factors in Psychiatric Outcome: Toward the Resolution of Interpretive Controversies", American Sociological Review, vol. 43, pp. 368-383, 1978.

Wattie, B. The Deinstitutionalization Debate. Perception 6.2.1982.

Weissman, Myrna M., "Assessment of Social Adjustment by Patient Self-Report", Archives of General Psychiatry, vol. 33, pp. 1111-1115, 1976.

Wing, J.K., Cooper, J.E., Sartorius, N. "Present State Examination." Cambridge University Press. 1973.